

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2016

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Thalmann et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate à Lausanne pour Inclusion Handicap,

et

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

---

**Art. 8 et 28 LAI ; art. 16 LPG**A

**E n f a i t :**

**A. a)** Q.\_\_\_\_\_, né en 1959, vendeur de formation, exerçait la profession de chauffeur poids lourd.

Souffrant d'un syndrome douloureux chronique touchant principalement la cheville droite, il s'est vu allouer à compter du 1<sup>er</sup> avril 1999 une rente entière de l'assurance-invalidité (décisions des 21 décembre 2000 et 31 mars 2003).

Dans le cadre d'une procédure de révision initiée au mois de juin 2005, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Thurgovie a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) au Centre d'expertises médicales [...] de [...]. Dans un rapport du 18 février 2008, les médecins consultés ont, tout en retenant le diagnostic de douleurs chroniques de l'arrière-pied droit, considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité de chauffeur de taxi ou dans une activité légère à moyenne adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se fondant sur les conclusions de cette expertise, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Thurgovie a, par décision du 5 mai 2008, supprimé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la décision. Par arrêt du 8 octobre 2008, le Tribunal administratif du canton de Thurgovie a rejeté le recours formé contre cette décision.

**b)** Au mois de novembre 2008, l'assuré a repris une activité de chauffeur auprès de l'entreprise [...] à [...]. Il a travaillé au sein de cet entreprise jusqu'au 22 octobre 2010.

**c)** Le 21 septembre 2010, Q.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a confié la réalisation d'un examen clinique orthopédique à son Service médical régional (SMR). Dans un rapport du 16 juin 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de douleurs chroniques des deux chevilles (status après curetage et greffe osseuse d'un kyste du corps de l'astragale à droite et troubles dégénératifs débutants), de gonalgies bilatérales (avec gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante, status après méniscectomie partielle du ménisque interne à gauche et chondrocalcinose à gauche) et de lombalgies chroniques (sans substrat radiologique) et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de syndrome douloureux chronique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a également précisé ceci :

Durant l'examen, l'assuré se montre très démonstratif, visiblement il s'autolimité. A l'issue de cet examen, nous sommes étonnés par l'intensité des plaintes face à un examen clinique très rassurant. L'examen des membres supérieurs est actuellement dans la limite de la norme. Il n'y a jamais eu d'investigations particulières. Les radiographies des deux épaules sont dans les limites de la norme. Il souffre aussi de lombalgies pas investiguées jusqu'à cet examen. Les radiographies demandées sont dans les limites de la norme. En ce qui concerne les membres inférieurs, l'assuré a un morphotype en varus qui favorise l'apparition de troubles dégénératifs des genoux des compartiments fémoro-tibiaux internes. Des troubles dégénératifs débutants ont été mis en évidence lors des radiographies de juin 2010. L'examen clinique et le bilan radiologique montre[nt] des trouble[s] dégénératifs débutants des deux chevilles.

Sur le plan de la capacité de travail, le Dr W.\_\_\_\_\_ a conclu que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'exercer son activité habituelle de chauffeur de poids lourd, tout en retenant que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles demeurerait exigible à plein temps.

Se fondant sur les conclusions du rapport établi par le SMR, l'office AI a, par décision du 17 octobre 2011, rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le degré d'invalidité, fixé à 5 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre

professionnel. L'assuré s'est vu néanmoins allouer une mesure d'aide au placement.

**B.**           **a)** Par acte du 15 novembre 2011, Q.\_\_\_\_\_ a déféré la décision du 17 octobre 2011 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise.

**b)** Dans sa réponse du 19 janvier 2012, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** Désormais représenté par Intégration Handicap (aujourd'hui : Inclusion Handicap), Q.\_\_\_\_\_ a, dans sa réplique du 14 mars 2012, produit un rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, du 25 février 2012 contestant les conclusions de l'examen clinique du SMR. Au terme de ce rapport, ce médecin retenait :

En tant que médecin traitant je me vois dans une situation difficile quant au traitement de ce patient. Ceci car il s'agit d'un patient avec des douleurs chroniques mais variables d'une minute à l'autre dont les réelles raisons n'ont pas pu être clairement démontrées par les multiples spécialistes qui l'avaient vu et par conséquent aucun traitement efficace n'avait été trouvé ni par les spécialistes ni par moi-même.

La description détaillée ci-dessus devrait par contre élucider la raison pour laquelle je dois contester les conclusions médicales formulées par les médecins experts de l'AI qui [n']ont vu le patient que durant le temps d'un examen spécifique.

En effet, sous les conditions de souffrance décrit[e]s ci-dessus, je ne peux considérer Monsieur Q.\_\_\_\_\_ comme apte au travail ni dans son ancienne activité de chauffeur de poids-lourds ni dans une autre activité régulière imaginable vu l'imprévisibilité de la manifestation des exacerbations des douleurs.

L'assuré a réitéré ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et/ou orthopédique.

**d)** Dans sa duplique du 19 avril 2012, l'office AI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours, en se référant à un avis établi le 10 avril

2012 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, dont la teneur était la suivante :

Pour des raisons médico-juridiques, et en l'absence d'aggravation démontrée, il s'agit de donner la préférence à l'appréciation d'un expert quant aux limitations fonctionnelles et la CT [capacité de travail] médicalement exigible ; l'expert a une position plus neutre et moins partielle que celle du médecin traitant dont un des rôles est la démonstration d'empathie envers son patient, ce qui a pour corollaire un manque d'objectivité. L'assuré annonce certes des douleurs, mais qui ne sont pas rapportées comme étant d'une telle intensité, fréquence et durée qu'il en soit devenu un invalide sur tous les plans de la vie quotidienne. M. Q.\_\_\_\_\_ peut en effet sortir ses 2 chiens 4x15min/j, vaquer aux tâches ménagères, s'occuper du jardin, faire du dessin, préparer le repas du couple, regarder la TV, etc. Dans ces conditions, on doit admettre que l'assuré a des ressources et n'est pas invalide au point de ne pouvoir exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr W.\_\_\_\_\_.

**e)** Dans ses déterminations du 15 mai 2012, Q.\_\_\_\_\_ a produit un nouvel avis médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 5 mai 2012 :

En réponse à l'avis médical de la part de l'AI dont j'ai dernièrement pris connaissance je souhaite vous rendre attentif aux faits suivants. Les confrères de l'AI invoquent que les plaintes du patient et les symptômes décrits par moi-même n'apportent pas d'élément médical nouveau, mais qu'une appréciation différente de la CT.

Cette allégation est erronée pour plusieurs raisons.

Premièrement je tiens à corriger l'image que les confrères de l'AI essayent de projeter quant à ma prise de position. En regardant les rapports des différents spécialistes, principalement aussi du Dr D.\_\_\_\_\_ du Centre Thermal de [...] qui s'était chargé pendant des mois de ce patient, il ne s'agit dans le cas difficile de ce patient pas seulement d'une appréciation subjective de ma part mais aussi de différents autres spécialistes.

Il me semble tout à fait raisonnable d'invoquer un changement de la situation quant à la CT lorsqu'une maladie quelconque s'accroît sur son parcours. Ceci est en effet le cas chez le patient susmentionné. Peu importe de quelle maladie il s'agisse, puisque jusqu'alors personne, ni même les confrères de l'AI, n'étaient capable[s] de poser un diagnostic précis à l'origine des souffrances du patient, c'est un fait que les capacités tellement martelées par le Dr W.\_\_\_\_\_ de même que de nouveau mentionnées dans l'avis médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ et le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR daté du 10 avril 2012 appartiennent depuis un bon moment au passé : Suite aux multiples problèmes de santé le patient semble avoir dû réduire de façon drastique ses activités. Selon lui, les sorties répétitives avec les chiens ne sont plus possibles, il n'arrive plus à les retenir par les mains. S'il sort avec un chien 1-2x/j il fixe la laisse à sa ceinture. Les tâches ménagères ne sont selon lui possibles que de façon très réduite d'autant plus que le patient laisse souvent tomber des choses, un fait qui trouve une explication neurologique vers la fin de mon rapport du 25 février 2012. Le patient n'est par exemple plus

apte à même ouvrir une bouteille d'eau minérale par manque de force dans les mains. Selon mes informations il ne s'occupe plus du tout du jardin et n'est plus du tout capable à s'engager de façon régulière quant à la préparation des repas, chose qui provoque une charge supplémentaire pour son épouse.

Si on doit mentionner la capacité de regarder la TV pour invoquer que le patient ait des ressources pour une aptitude au travail reste pour moi pour le moins une question ouverte.

Il y a encore une autre question qui reste largement ouverte :

A ma connaissance la demande qui avait été déposée le 21.09.2010 à l'AI était clairement formulée « pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte à des mesures pour une réadaptation professionnelle et/ou pour une rente ».

Quelles sont les démarches jusqu'alors entreprises pour une réadaptation professionnelle chez ce patient ? A ma connaissance aucune !

Dans la lumière du rapport du 27 juin 2011 par le Dr H. \_\_\_\_\_ de l'AI où il mentionne « Des mesures professionnelles ne seront pas faciles à mettre en place chez cet assuré qui se plaint de douleurs multiples, dont seulement certaines sont expliquées par des constatations objectives », l'AI (qui est tellement convaincu de la capacité de travail de ce patient !) doit se laisser poser la question pourquoi depuis plus qu'une année rien [n']avait été entrepris dans un sens quelconque d'une réadaptation au travail ?

La question fondamentale reste ouverte :

Est-ce que la réalité de ce patient intéresse quant à l'estimation de sa réelle capacité de travail ou n'est-ce qu'une question médico-juridique qui se bouge dans la sphère virtuelle d'une capacité de travail théorique détachée de cette réalité quotidienne du patient ?

[...]

**f)** Dans ses déterminations du 21 juin 2012, l'office AI a proposé la mise en œuvre d'une expertise, les investigations psychiatriques faites en leur temps méritant une actualisation.

**g)** Dans ses déterminations du 5 juillet 2012, l'assuré a requis que ladite expertise recouvre non seulement la sphère psychiatrique, mais également la sphère orthopédique et/ou rhumatologique.

**h)** Par ordonnance du 27 février 2013, la Cour de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire incluant des volets orthopédique, rhumatologique et psychiatrique.

**i)** Par courrier du 30 janvier 2014, l'office AI a informé la Cour de céans qu'à la suite d'une dénonciation, il avait déposé en date du 10

décembre 2013 plainte pénale à l'encontre de l'assuré pour tentative d'escroquerie, subsidiairement pour tentative du délit prévu à l'art. 87 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), applicable par renvoi de l'art. 70 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

**j)** Par ordonnance du 9 février 2015, le Ministère public de l'arrondissement [...] a classé la procédure pénale dirigée contre l'assuré, au motif que l'instruction n'avait pas amené de soupçons suffisants de commission d'une infraction pénale

**k)** Après moult difficultés, un mandat d'expertise a finalement pu être confié au professeur X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 30 mai 2016, ce médecin a posé les diagnostics de :

Douleurs articulaires chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs et possible arthropathie microcristalline à pyrophosphates de calcium (chondrocalcinose généralisée) avec

- Douleurs des chevilles et status après curetage d'un kyste du corps astragalien droit avec surinfection secondaire ayant nécessité une reprise ;
- Gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale interne modérée et status après méniscectomie partielle interne gauche ;
- Coxarthrose bilatérale débutante ;
- Lombalgies chroniques avec troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis ;

Status après cure de syndrome du tunnel carpien bilatérale ;  
Prolapsus mitral et tabagisme chronique ;  
Ecstasie modérée de l'aorte abdominale.

Au sujet de la capacité de travail, l'expert s'est exprimé de la manière suivante :

Il s'agit donc d'un patient actuellement de 57 ans ayant une formation de vendeur-monteur sur voiture qui a travaillé comme chauffeur poids lourds avant une première période au bénéfice d'une rente AI de 1999 à 2008 dans le cadre de problèmes ostéoarticulaires touchant le genou et la cheville droite, avec une reprise d'activité professionnelle comme chauffeur d'un peu moins de deux ans à cette période avant arrêt définitif de toute activité professionnelle dès 2010.

Les plaintes actuelles sont polyarticulaires, touchant aussi bien le squelette axial que périphérique. Si toutes les atteintes observées sont relativement modérées en soi, l'accumulation et la somme de leurs limitations sont compatibles avec les limitations fonctionnelles

et les douleurs décrites par l'assuré. Il existe peut-être de prime abord discordance entre les plaintes et la bonne trophicité musculaire et la présence d'hyperkératose palmaire observées chez ce patient à l'examen clinique. Toutefois, ce dernier admet toujours réaliser des travaux manuels à domicile dès qu'il le peut, travaux réguliers et répétitifs qui peuvent expliquer cette observation. La question est de savoir si cette activité manuelle est de l'ordre d'une activité professionnelle ou plutôt occupationnelle en termes de pourcentage et rendement.

Les examens paracliniques démontrent clairement une lésion de l'astragale importante, mais des lésions plutôt débutantes des genoux. On note toutefois aussi sur l'IRM un œdème sous-chondral, anomalie qui corrèle mieux avec les douleurs que les anomalies structurelles et qui est compatible avec les douleurs assez intenses décrites par Monsieur Q.\_\_\_\_\_, même en l'absence de lésions majeures sur des radiographies standards. Il existe surtout une chondrocalcinose bien plus étendue qu'initialement crue avec un examen scannographique qui démontre une atteinte claire des cartilages coxo-fémoraux et de la symphyse suggérant une maladie ubiquitaire, maladie microcristalline compatible avec les poussées décrites par le patient. Il existe également des signes d'atteinte rachidienne d'arthrose interapophysaire postérieure bien démontrable sur le scanner des sacro-iliaques.

En conclusion, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ présente donc une atteinte dégénérative modérée à l'examen clinique, mais une atteinte clairement étendue avec des évidences radiographiques que la maladie touchant les poignets, les coudes, les épaules, les hanches, les genoux, les chevilles et le rachis.

S'il est difficile de corroborer les douleurs sévères et invalidantes décrites par le patient avec des douleurs estimées jusqu'à 7/10 ou plus et le retentissement fonctionnel important avec les anomalies constatées, il est bien démontré que l'association entre les anomalies cliniques ou radiologiques et les douleurs est faible à mauvaise au mieux. En l'état, il faut admettre que le retentissement décrit est important même si le patient persiste à avoir quelques activités qu'il ne nie d'ailleurs pas, mais sous un traitement antalgique assez important.

Comme le patient le dit, il peut donc certainement exercer une activité de travail semi-sédentaire sans port de charge avec des déplacements courts, mais sur des temps limités et non suivis que l'on peut estimer au plus à 4 heures par jour. Il existe de nombreuses limitations et il faudra éviter les travaux à genoux ou accroupi, la marche sur les terrains irréguliers. Compte tenu des plaintes ostéoarticulaires, des milieux défavorables comme l'humidité ou des travaux en extérieur sont à éviter également. De plus, il existe une atteinte à la cheville, du dos et des hanches qui contre-indique une reprise d'activité de chauffeur-camion et, comme le Dr W.\_\_\_\_\_, je pense que sa capacité résiduelle dans son activité habituelle de chauffeur poids lourd est nulle avec une activité non adaptée aux limitations fonctionnelles. Par contre, à nouveau, les limitations fonctionnelles et les douleurs lui permettent quand même d'avoir une activité manuelle et l'on peut estimer que Monsieur Q.\_\_\_\_\_ a une capacité résiduelle entre 40 et 50 % dans

une activité adaptée tenant compte de toutes ses limitations. Cette incapacité est présente depuis 2010, mais malheureusement susceptible de se péjorer puisqu'il existe des signes de chondrocalcinose et d'arthrose débutante qui vont, de prime abord, progresser au cours des années.

Pour finir, à aucun moment durant l'expertise ou dans son anamnèse le patient n'a présenté d'évidence de troubles psychiques ou comportementaux. Il n'a plus travaillé de façon suivie depuis de nombreuses années et son travail préalable de chauffeur poids lourds était une activité individuelle et il est probable qu'il aura certaines difficultés à s'adapter à un environnement professionnel et aux contraintes liées à celles-ci. De même, dans les possibilités de s'habituer à un rythme de travail et l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, il faut tenir compte de ses douleurs, de leur fluctuation et des horaires de celles-ci qui ne sont pas nécessairement prévisibles et adaptables à une activité professionnelle suivie. Pour toutes ces raisons, chez un patient de 57 ans, je pense que les capacités de réadaptation professionnelle sont limitées. Comme dit précédemment, la capacité de travail comme camionneur me semble nulle en raison de l'atteinte ostéoarticulaire, rachidienne et coxo-fémorale, mais également périphérique touchant aussi bien les membres inférieurs que supérieurs. Le fait que le patient soit capable de sortir ses chiens 4 x 30 minutes par jour, de s'occuper un peu de son jardin et de préparer quelques repas n'est certainement pas une garantie d'une capacité de travail active et efficace.

Durant l'examen, je n'ai noté aucun signe démonstratif ou signe d'autolimitation chez un patient qui ne présentait aucun signe de non organicité ou point de fibromyalgie et qui a été assez candide sur ses activités manuelles. Finalement, il présente un ensemble d'atteintes ostéoarticulaires qui le limitent au quotidien et il me semble qu'au mieux, on peut espérer que, dans une activité adaptée tenant compte de ses atteintes articulaires, son handicap et des difficultés de planifier un horaire, une activité professionnelle entre 40 et 50 %, activité qui pourrait avoir un bénéfice social même si cela reste à démontrer.

**l)** Dans ses déterminations du 21 juin 2016, l'office AI a indiqué que les aspects orthopédiques et psychiatriques n'avaient pas été examinés. Avant de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, il souhaitait attendre de disposer de l'ensemble des rapports regroupant les observations des différents spécialistes.

**m)** Dans ses déterminations du 28 juin 2016, l'assuré a, tout en prenant acte des conclusions de l'expertise du professeur X. \_\_\_\_\_, estimé opportun de renvoyer le dossier au Service de réadaptation de l'office AI, afin que soient identifiées les éventuelles activités adaptées respectueuses des limitations fonctionnelles présentées par le recourant. Ce n'est qu'après qu'il serait possible d'apprécier la mesure dans laquelle

lesdites activités peuvent être exercées avec des horaires variables et si tous les obstacles présents rendent encore réaliste leur exercice.

**n)** Par courrier du 29 août 2016, le Juge instructeur a informé l'office AI qu'il ne jugeait pas utile, eu égard aux conclusions de l'expertise rhumatologique réalisée par le professeur X.\_\_\_\_\_, de faire compléter cette expertise par des investigations de nature orthopédique ou psychiatrique. Il a invité l'office AI à déposer ses déterminations relatives à l'expertise du professeur X.\_\_\_\_\_.

**o)** Dans ses déterminations du 28 octobre 2016, l'office AI a rejeté les conclusions de l'expertise du professeur X.\_\_\_\_\_, en renvoyant à un avis médical du SMR du 3 octobre 2016, dont la teneur était la suivante :

[...]

Premièrement, le rapport d'expertise du 30.05.2016 ne remplit à notre avis pas toutes les exigences juridiques pour donner à l'expertise une pleine valeur probante. En effet, il n'y a aucune information quant au contexte de l'expertise, aucun renseignement quant aux pièces médicales et non médicales que l'expert a eu à sa disposition ; en particulier, l'on ne sait pas si l'expert a eu connaissance des photos décrites ci-dessus ; par ailleurs, l'examen clinique décrit, notamment neurologique et rhumatologique, est succinct : il n'y a pas de données objectives et précises quant aux amplitudes articulaires, à la trophicité musculaire, à la force, aucune indication descriptive précise de la marche par exemple.

Sur le plan de l'appréciation, l'expert ne discute pas les points litigieux (autres expertises au dossier, exigibilité entière dans une activité adaptée retenue par ses prédécesseurs et notamment par le SMR en 2011), ni les discordances constatées et relevé[e]s par lui-même (signes à l'examen clinique dénotant une activité manuelle régulière, bonne trophicité musculaire chez un assuré qui annonce être peu actif, examen clinique ne montrant pas de limitation fonctionnelle majeure). Au final, il apparaît que l'expert fonde son appréciation de l'exigibilité bien plus sur les dires et les plaintes douloureuses de l'assuré, que sur ses constats objectifs ; il tient également compte de facteurs externes à l'invalidité tels que l'âge de l'assuré (voir p. 7 de l'expertise du 30.05.2016). Finalement, les photos et observations versées au dossier en cours de procédure remettent clairement en doute, voire contredisent les limitations fonctionnelles retenues par l'expert (travail semi-sédentaire, sans port de charge avec des déplacements courts, éviter les travaux à genoux ou accroupi, la marche sur les terrains irréguliers, éviter les milieux défavorables comme l'humidité ou des travaux en extérieur), ainsi que l'exigibilité retenue dans une activité adaptée.

Après une analyse détaillée de ce dossier, il nous apparaît les remarques suivantes :

- Si l'expertise du 30.05.2016 ne laisse aucun doute quant à une aggravation des lésions dégénératives ostéo-articulaires de cet assuré sur le plan radiologique (chondrocalcinose, signes d'atteinte dégénérative rachidienne et des genoux, signes d'atteinte articulaire des coudes, aggravation de l'atteinte dégénérative des chevilles), celles-ci ont peu de répercussion sur sa mobilité ; en 2016, les plaintes de l'assuré, ainsi que l'examen clinique, sont superposables aux évaluations précédentes (expertise pluridisciplinaire du 18.02.2008 et examen clinique SMR du 16.06.2011). De ce fait, l'appréciation de l'exigibilité faite par le Dr X. \_\_\_\_\_ est une appréciation différente d'un même état clinique. En effet, sur le plan clinique, il n'y a pas d'aggravation significative de la mobilité et du fonctionnement au quotidien de l'assuré depuis 2011.
- Des discordances et des contradictions ont été relevées par tous les experts intervenus dans ce dossier ; une discordance entre l'ampleur des plaintes et des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré et les constatations objectives est clairement décrite lors de l'expertise pluridisciplinaire du 18.02.2008, ainsi que lors de l'examen clinique SMR du 16.06.2011. Le Dr X. \_\_\_\_\_ lui-même relève des discordances dans le cadre de son expertise. Ces discordances sont également visualisables sur des photos récentes. Finalement, l'on se trouve dans un contexte de syndrome douloureux chronique, dont l'ampleur des plaintes dépasse les constatations objectives. Dès lors, dans un tel contexte, une expertise bi-disciplinaire associant volet psychiatrique, volet rhumatologique et discussion consensuelle de la situation de cet assuré entre les experts est indispensable afin d'évaluer la présence ou non d'une majoration de symptômes ou d'une éventuelle autre comorbidité psychiatrique, ainsi que d'apprécier les ressources psychiques de l'assuré au regard de la nouvelle jurisprudence en vigueur.

Par conséquent, au regard de ce qui précède et de l'ensemble des éléments au dossier, nous ne pouvons pas nous rallier à l'appréciation de l'exigibilité retenue par le Dr X. \_\_\_\_\_. Une expertise bi-disciplinaire avec discussion consensuelle entre les experts nous apparaît indispensable, expertise pour laquelle les experts devraient avoir à disposition l'ensemble des pièces médicales et non-médicales du dossier.

**p)** Dans ses déterminations du 21 novembre 2016, l'assuré a relevé que le professeur X. \_\_\_\_\_ s'était forgé une opinion sur la base non seulement d'examens récents mais également du dossier transmis par la Cour de céans ; il avait adopté strictement la position neutre qui était attendue de lui et discuté tous les points importants, y compris celui relatif à la discordance entre plaintes et constatations objectives. S'agissant des photographies et vidéos prises par le voisin de l'assuré, la

pertinence de ces éléments avait été niée dans le cadre d'une procédure pénale ayant abouti au classement de la plainte déposée par l'office AI ; au cours de ladite procédure, il avait été rappelé que l'assuré avait effectué ces travaux dans les moments où sa santé le lui permettait, au prix de douleurs accrues et de double doses de médicaments. Le professeur X. \_\_\_\_\_ s'était lui aussi penché sur la question des activités manuelles : il en avait conclu que si celles-ci demeuraient possibles moyennant un traitement antalgique important, ce n'était pas à temps plein ni dans n'importe quelle activité. En réalité, le SMR tentait de substituer sa propre opinion à celle de l'expert. Preuve en était qu'il affirmait l'existence d'un trouble somatoforme douloureux là où il existait d'incontestables pathologies somatiques expliquant les douleurs et limitations de l'assuré. Le professeur X. \_\_\_\_\_ avait par ailleurs relevé que l'assuré ne présentait aucun signe de non organicité ou point de fibromyalgie, raison pour laquelle la piste d'un trouble somatoforme douloureux n'avait pas été suivie. L'expertise psychiatrique requise par le SMR était donc inutile. L'assuré avait désormais droit que son dossier soit dûment traité par l'office AI dans le respect de son état de santé réel. Pour ces raisons, les conclusions prises le 28 juin 2016 étaient maintenues.

**q)** Dans ses déterminations du 29 novembre 2016, l'office AI a expliqué que le classement de la procédure pénale ne préjugait pas du résultat du présent litige, dans la mesure où les degrés de preuve différaient. Il a rappelé que l'appréciation du SMR du 3 octobre 2016 mettait en évidence les lacunes et les failles du rapport d'expertise judiciaire. En tant que l'assuré affirmait que l'office AI remettait en question les conclusions de l'expert en se référant à d'anciennes évaluations, il convenait de relever que ces observations faisaient partie du dossier et, de ce fait, méritaient d'être discutées de manière circonstanciée ; il ne pouvait être fait l'impasse sur ces pièces au seul motif qu'elles n'allaient pas dans le sens des propos de l'expert. Au regard des clichés et des vidéos, il était indéniable qu'une personne capable d'entreprendre les actions illustrées sur ce matériel sans difficultés apparentes était apte, au moins à temps partiel, à se consacrer à une activité lucrative qui n'était pas physiquement et mentalement

contraignante. Les tâches exercées par l'assuré n'étaient pas anodines, dès lors qu'elles faisaient appel à des ressources physiques qui pouvaient être mises à profit dans un contexte professionnel. Il était par ailleurs important que l'aspect psychiatrique soit également investigué, le trouble somatoforme douloureux étant une problématique de longue date qui ressortait de l'ensemble du dossier médical.

### **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 (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3.**           **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**c)** Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**4. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** Ce qui importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, c'est 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 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

Le juge doit également accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins internes de l'assurance, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5.** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire réalisée par le professeur X.\_\_\_\_\_.

**a)** Contrairement à ce que soutient le SMR dans ses déterminations du 3 octobre 2016, le rapport du professeur X.\_\_\_\_\_ n'est pas entaché de défauts formels tels qu'il se justifierait de lui dénier toute valeur probante. Il est vrai que ledit rapport ne contient pas d'exposé chronologique des différentes pièces médicales versées au dossier. Rien ne permet cependant d'affirmer que l'expert ne disposait pas d'une bonne connaissance de celui-ci. La partie introductive de l'expertise mentionne que l'expert disposait du dossier complet de la cause ainsi que d'un extrait du dossier de la procédure pénale dirigée contre le recourant. Dans le cadre de son évaluation, il s'est expressément référé au rapport établi par le Dr W.\_\_\_\_\_ et a discuté la problématique des travaux manuels exercés au domicile du recourant, ce qui démontre qu'il a pris connaissance des photos versées au dossier. Pour le reste, les critiques – de nature générale – portant sur la méthodologie utilisée par l'expert doivent être écartées, faute de griefs suffisamment motivés. Au regard de

la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer, le juge doit en effet faire preuve de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée et n'intervenir que s'il apparaît clairement que l'examen est lacunaire (TF 9C\_538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 3.3 ; voir également TF 9C\_886/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2 et les références), ce que le SMR ne cherche pas vraiment à démontrer.

**b)** Contrairement à ce que soutient le SMR, les conclusions du professeur X.\_\_\_\_\_ ne reposent pas sur les seuls dires et plaintes du recourant. Constatant qu'il existait certains signes discordants (bonne trophicité musculaire ; présence d'hyperkératose palmaire), ce médecin s'est attaché à examiner la question de savoir si les travaux manuels exercés par le recourant relevaient, en termes de pourcentage et de rendement, d'une activité professionnelle ou tenaient plus d'une activité occupationnelle. Ce médecin a constaté, sur la base du dossier radiographique du recourant, que celui-ci présentait une atteinte clairement étendue qui touchait les poignets, les coudes, les épaules, les hanches, les genoux, les chevilles et le rachis ; il a notamment mis en évidence l'existence d'un œdème sous-chondral qui était compatible avec les douleurs assez intenses décrites par le recourant ainsi qu'une chondrocalcinose, maladie microcristalline compatible avec les poussées subites mentionnées par le recourant (voir également le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 février 2012). Au surplus, il a souligné la difficulté objective d'établir un lien entre les anomalies mises en évidence au cours de l'examen clinique et les douleurs engendrées par les atteintes.

**c)** Le SMR se prévaut des conclusions du rapport d'examen clinique établi le 16 juin 2011 par le Dr W.\_\_\_\_\_. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, il convient par conséquent d'examiner si le point de vue du Dr W.\_\_\_\_\_ est de nature à susciter le doute quant au bien-fondé des conclusions prises par le professeur X.\_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'a allégué le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 10 avril 2012, le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ ne constitue pas une

expertise au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de tenir compte du fait que le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ a été établi antérieurement à l'expertise judiciaire (« De ce fait, l'appréciation de l'exigibilité faite par le professeur X.\_\_\_\_\_ est une appréciation différente d'un même état clinique »). En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'évaluation proprement dite de la situation médicale du recourant par le Dr W.\_\_\_\_\_ est relativement courte (10 lignes sur un rapport de 7 pages) et qu'elle se focalise sur une analyse strictement clinique de la situation basée principalement sur la documentation radiographique à disposition. Elle ne contient toutefois aucune discussion de la problématique liée à la chondrocalcinose, alors même qu'elle est expressément mentionnée dans le rapport et que le recourant s'est plaint de douleurs lancinantes de type « coups de couteau » aux chevilles, coudes et poignets. Il convient par conséquent de retenir que les conclusions prises par le Dr W.\_\_\_\_\_ ne résultaient pas d'une analyse exhaustive de la situation médicale du recourant.

**d)** Il n'y a pas lieu d'attacher une importance particulière aux conclusions de l'expertise réalisée par le Centre d'expertises médicales [...] de [...] (rapport du 18 février 2008). En effet, celles-ci ne sont plus d'actualité, compte tenu de l'extension des symptômes depuis lors et de la mise en évidence d'un substrat somatique aux douleurs du recourant.

**e)** Il n'est pas contestable que le dossier contient des photographies et des enregistrements vidéo montrant le recourant en train de se consacrer à des travaux manuels relativement lourds. Dans le cadre de l'appréciation de preuves, il convient toutefois de tenir compte du fait que les documents d'observation ne renseignent que sur des périodes limitées de la vie de la personne concernée et que, de ce fait, certaines limitations de son fonctionnement peuvent échapper à l'observation. Or, en l'occurrence, aussi bien le professeur X.\_\_\_\_\_ que le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant, ont souligné que l'exercice de ces activités n'était pas incompatible avec les problèmes médicaux dont souffrait le recourant et la manière dont ceux-ci s'exprimaient (soit principalement par poussées). Au demeurant, il a été précisé au cours de

la procédure que les activités décrites avaient été accomplies moyennant la prise d'un traitement antalgique important.

**f)** Pour le reste, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du SMR tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il n'est pas contestable que le recourant souffre de douleurs chroniques dont l'importance subjective n'est pas corrélée avec les constatations objectives mises en évidence sur le plan clinique. Il n'en demeure pas moins que ces douleurs trouvent leur origine dans une affection somatique objective, ce qui exclut toute application de la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 281). D'ailleurs, le professeur X. \_\_\_\_\_ a expliqué n'avoir mis en évidence aucun signe démonstratif ou signe d'autolimitation chez un patient qui ne présentait aucun signe de non-organicité ou point de fibromyalgie.

**g)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, conformément aux conclusions de l'expertise du professeur X. \_\_\_\_\_, que le recourant présente une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité semi-sédentaire sans port de charges avec des déplacements courts et sur des temps limités et non suivis [au plus quatre heures par jour], sans position à genoux ou accroupie, sans marche sur des terrains irréguliers, hors de milieux défavorables [humide ou en extérieur]).

**6. a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références).

**b)** A la lumière du consid. 5, il n'existe aucun élément qui laisserait à penser que le recourant ne serait pas en mesure, d'un point de vue strictement médical, d'exercer à temps partiel une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît également exigible. Âgé actuellement de 57 ans, le recourant n'a pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Si l'âge actuel, les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et le besoin de pauses régulières peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Il n'est par ailleurs pas arbitraire d'affirmer que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière. Celui-ci a d'ailleurs démontré, au travers des activités qu'il a exercées à son domicile, qu'il était un homme polyvalent qui pouvait exercer des tâches nombreuses et variées.

**7.** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**a)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la

naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

**b)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

En l'occurrence, il y a lieu de se fonder sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification) en 2011, année déterminante pour la comparaison des revenus (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF I 171/04 du 1<sup>er</sup> avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Dans le cas présent, le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé était, en 2010, de 4'901 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1, p. 26). Après adaptation de ce montant à l'horaire usuel dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, 12/2014, p. 92, B 9.2) et à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2011 (+ 1 %; La Vie économique, 12/2014, p. 93, B 10.3), et compte tenu d'une capacité

résiduelle de travail de 50 %, on obtient un revenu mensuel de 2'574 francs.

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

En l'espèce, il ressort de l'expertise du professeur X. \_\_\_\_\_ que le recourant ne peut exercer qu'une activité semi-sédentaire nécessitant des pauses fréquentes. Cet élément constitue indéniablement un facteur susceptible d'avoir une influence sur les perspectives salariales du recourant. Il convient en outre de tenir compte de l'âge du recourant (52 ans en 2011) de même que du passage à l'exercice d'une activité à temps partiel. Eu égard à l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, il n'y a pas lieu de retenir un abattement supérieur à 15 %. Partant, le revenu d'invalidité s'élève à 2'188 fr. par mois, respectivement à 26'256 fr. par année.

**c)** Quant au salaire sans invalidité, il doit être fixé sur la base du salaire que le recourant a obtenu en 2011 dans sa dernière activité de chauffeur poids lourd, soit 59'072 fr. (revenu indexé selon questionnaire pour l'employeur du 7 juillet 2011).

**d)** La comparaison de ces deux revenus aboutit à un degré d'invalidité de 56 %, ce qui ouvre le droit (théorique) à une demi-rente d'invalidité.

**8.** A ce stade, il reste encore à examiner si le droit du recourant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, singulièrement d'un reclassement professionnel est ouvert.

**a)** En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (ATF 121 V 190 consid. 4). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage.

**b)** Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de travail ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et pour autant que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital ; art. 8 al. 3 let. b LAI ; cf. également art. 15 à 18d LAI). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de travail, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 ; 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 et les références, in VSI 2002 p. 112).

**c)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a notamment droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

**d)** En l'occurrence, l'office AI a refusé de reconnaître au recourant le droit à des mesures d'ordre professionnel au motif que le degré d'invalidité présenté était insuffisant pour ouvrir le droit à de telles mesures. En tant qu'il a été démontré que la reprise de l'activité habituelle n'est plus exigible, que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il présente un degré d'invalidité de 56 %, les motifs invoqués pour refuser l'octroi de mesures d'ordre professionnel n'existent par conséquent plus. Il convient dès lors de transmettre le dossier à l'office AI pour qu'il examine dans un premier temps le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel, puis dans un second temps le droit à une rente de l'assurance-invalidité, avant de rendre une nouvelle décision.

**9. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office AI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** 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'assurance-invalidité 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. (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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 de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, arrêtés à 2'500 fr., à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 17 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens, fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Florence Bourqui (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :