

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 26 janvier 2006, O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, de nationalité turque et en Suisse depuis 1979, a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité (ci-après : AI), visant à l'octroi d'appareils acoustiques pour ses oreilles du fait de bruit interne permanent. Selon le questionnaire pour l'employeur, signé le 12 mars 2007, la carrosserie D._____ SA a indiqué que l'assuré avait été employé en qualité de serrurier sur poids lourds et monteur de grues sur les véhicules, son contrat de travail ayant été résilié à la fin du mois d'octobre 2006. D._____ SA a en outre précisé qu'en 2007, l'assuré aurait gagné un salaire brut mensuel de 5'700 fr., s'il avait poursuivi son activité.

Le 24 mars 2006, les Drs F._____ et I._____, respectivement médecin-adjoint et médecin assistante auprès de l'Unité d'otoneurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier H._____), ont diagnostiqué une surdité bilatérale d'origine mixte de degré moyen à sévère justifiant un appareillage de niveau III et proposé une réadaptation en binaurale.

Suite à un rapport du 17 octobre 2006 établi par les Drs F._____ et G._____ (médecin assistant auprès de l'Unité d'otoneurologie du Centre hospitalier H._____) constatant les bons résultats objectifs et subjectifs de l'appareillage testé, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a pris en charge, par décision du 1^{er} novembre 2006, la remise en prêt de deux appareils acoustiques à l'assuré.

B. Le 26 février 2007, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI, sollicitant son reclassement dans une nouvelle profession, au motif de divers problèmes aux oreilles (douleur, bruit, écoulement,...) et de douleurs aux genoux, suite à une opération infructueuse.

A la requête de l'OAI, l'assureur perte de gain X._____ a produit le dossier de l'assuré en date du 12 mars 2007. Y figuraient notamment les pièces suivantes :

- Dans un rapport médical du 2 février 2005, le Dr B._____, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics de profil coronarien avec ergométrie peu concluante (arrêt précoce pour gonarthrose), électrocardiogramme (ECG) de repos pathologique, hypercholestérolémie, hypertension artérielle contrôlée et Body mass index (BMI) 33. Il a conclu que l'assuré signalait des douleurs thoraciques, dorsales et dans les bras, sans facteur déclenchant évident. Il a indiqué que l'assuré était très limité dans ses activités physiques en raison de la gonarthrose et que le test d'effort avait été non concluant;

- Aux termes d'un rapport du 11 février 2005, le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics suivants :

- "• gonalgies gauches mécaniques aiguës
 - gonarthrose débutante de stade Kellgren I
 - léger syndrome fémoro-patellaire
- cervico-lombalgies intermittentes d'étiologie aspécifique
- déconditionnement global dans le cadre d'une obésité. "

- A l'occasion d'un second examen, le 7 avril 2006, ce médecin a diagnostiqué des gonalgies gauches dans le cadre d'un syndrome fémoro-patellaire et d'une vraisemblable arthrose fémoro-patellaire, des lombalgies chroniques intermittentes et un tabagisme chronique avec hippocratisme digital. S'agissant des lombalgies, le Dr C._____ considérait l'examen clinique et le bilan radiologique comme rassurants;

- Le 16 août 2006, suite à une arthro-imagerie par résonance magnétique (arthro-IRM) du genou gauche, les Drs K._____, Y._____ et A._____ (respectivement médecin adjoint, chef de clinique adjointe et médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier H._____) ont conclu à une

déchirure oblique de la corne antérieure du ménisque interne, à une chondropathie fémoro-patellaire de grade III prédominant sur le versant externe et à une chondropathie fémoro-tibiale externe. Ils ont encore relevé la présence de structures nodulaires nécessitant un complément d'examen;

- Le 22 août 2006, le Dr V._____, chef de clinique auprès de l'Hôpital L._____, a posé le diagnostic de dégénérescence cartilagineuse fémoro-rotulienne des deux côtés. Il qualifiait le pronostic de bon et indiquait qu'il n'avait pas attesté d'incapacité de travail lors de sa dernière consultation;

- En date du 26 septembre 2006, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport après avoir examiné l'assuré le 14 du même mois. Dans l'anamnèse, le Dr W._____ indiquait que les gonalgies gauches semblaient être le principal problème, puisque l'assuré n'évoquait spontanément ni cervicalgies, ni lombalgies et estimait que son problème auditif chronique n'influe pas sur sa capacité de gain. Ce médecin posait les diagnostics suivants :

- "- Syndrome rotulien bilatéral sur rétractation massive des ischio-jambiers ddc, prédominant à gauche.
- Suspicion de synovite vilo-nodulaire gauche.
- Obésité.
- Troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire, actuellement peu symptomatiques.
- Troubles auditifs bilatéraux chroniques.
- Dyspnée d'effort.
- Status après tabagisme chronique."

Quant à la capacité de travail, le Dr W._____ estimait que l'ancienne activité de serrurier sur grues et véhicules n'était pas compatible avec les douleurs, les limitations fonctionnelles et les blocages aux genoux dont souffrait l'assuré. Il estimait exigible une activité même complète dans une autre profession, semi-assise avec des déplacements limités. Il mentionnait qu'une reconversion serait à priori difficile, le cas n'étant pas encore stabilisé et en raison des ressources personnelles limitées de l'assuré. Le Dr W._____ préconisait une intensification du traitement physiothérapeutique et la poursuite des investigations;

- Le 5 septembre 2006, le Dr R._____, chef de clinique adjoint au Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du Centre hospitalier H._____, a diagnostiqué une otite moyenne chronique bilatérale, un status après atticotomie et tympanoplastie de type I à droite en 2001, un status après second look en 2002 pour cholestéatome résiduel, un status après third look en 2003 pour cholestéatome résiduel, un status après four look de l'oreille droite en 2004, une otite moyenne chronique gauche avec atélectasie postérieure mal contrôlable, une surdité mixte bilatérale de degré moyen appareillée. Il indiquait que l'assuré présentait une surdité appareillée sur otite moyenne chronique bilatérale, multi-opérée du côté droit, et que sur le plan audiométrique, son appareillage lui permettait d'obtenir une audition satisfaisante non invalidante dans le cadre de sa profession de métier de mécanicien sur auto;

- Il ressort enfin d'un protocole opératoire non daté établi par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, que l'assuré a subi le 1^{er} novembre 2006 une régularisation de la corne postérieure du ménisque externe gauche et une chondroplastie du condyle interne gauche.

Le 12 mars 2007, le Dr S._____ a indiqué à l'OAI avoir vu l'assuré une dernière fois le 20 février 2007 et l'avoir réadressé au médecin traitant, le Dr T._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en allergologie et en immunologie clinique. Le Dr S._____ communiquait également à l'office la lettre qu'il avait adressée le 20 février à son confrère, dont il résulte notamment ce qui suit :

"J'ai revu en contrôle votre patient susnommé le 20 février 2007 soit à près de quatre mois de son bilan arthroscopique de son genou gauche du 1^{er} novembre 2006, qui n'avait en fait mis en évidence qu'une chondrite fémoro-patellaire stade III ancienne et connue, associée à une déchirure transverse de la zone moyenne du ménisque externe, et une méniscope débutante mais sans déchirure macroscopique du ménisque interne, associée à une chondrite stade III localisée d'environ 1,5cm de diamètre à 60° de flexion du compartiment interne. Il s'agit en fait d'une pré-arthrose antéro-interne du genou gauche chez un homme de 50 ans, présentant une

importante surcharge pondérale, une hypertension, une hypercholestérolémie, et un état dépressif.

L'évolution post-opératoire a été lente et difficile, avec persistance de douleurs antéro-internes, malgré un genou peu inflammatoire. Il a [fallu] près de deux mois pour retrouver une fonction complète, mais les douleurs ont persisté malgré une infiltration cortisonique à la fin de l'année 2006.

Le 13 février 2007, la fonction du genou gauche était à 125-0-0, pour 130-0-0 à droite. Si la marche à plat était devenue indolore, il persistait des douleurs antéro-internes à la marche en terrain décliné et dans les escaliers. Il s'est alors plaint d'une douleur un peu diffuse de la cheville gauche. Cliniquement, celle-ci ne présentait pas d'état inflammatoire, une mobilité complète et symétrique. Il existait toutefois une petite tuméfaction rétro-malléolaire interne d'environ 4cm, un peu nodulaire du [tissu] sous-cutané.

Un examen par IRM de la cheville gauche n'a rien montré si ce n'est un très discret oedème du versant externe de l'articulation, que je qualifierai encore dans les limites des la norme. La tuméfaction rétro-malléolaire interne n'est qu'un épaissement local du [tissu] sous-cutané.

J'ai également fait pratiquer un[e] nouvel[le] IRM du genou gauche afin d'être [sûr] de l'absence de l'apparition d'une nécrose aseptique ou d'une réaction inflammatoire de type algoneurodystrophie, qui toutes deux ont été exclues. L'interprétation du radiologue parle d'une lésion grade III selon Tossi de la corne postérieure du ménisque interne, mais celle-ci ne présentait pas lors du bilan arthroscopique de déchirures macroscopiques, et [selon] mon interprétation personnelle je pense qu'il s'agit d'une lésion de type II. Les lésions cartilagineuses sont un peu plus visibles articulairement au niveau du condyle interne que sur les examens par arthro-IRM pratiqués précédemment.

Pratiquement, il s'agit donc simplement d'une pré-arthrose antéro-interne du genou gauche chez un patient dont je trouve après l'avoir suivi personnellement pendant près de quatre mois, qu'il se plaint beaucoup et semble quelque peu pusillanime. Je n'ai plus de traitement à proposer si ce n'est que des anti-inflammatoires et anti-douleurs à la demande associés à un protecteur gastrique.

Sur le plan de la capacité de travail, je le remets à la capacité de travail à mi-temps à partir du 26 février 2007, puis à plein temps à partir du 2 avril 2007, tout en sachant que Monsieur O. _____ a été licencié de son activité professionnelle. Je n'ai pas prévu de le revoir, laissant le soin au Dr. Q. _____ Médecin Conseil de l'assurance perte de gains de décider s'il y a lieu de compléter l'expertise qui a été faite par le Dr. W. _____ précédemment."

Dans un rapport du 22 mai 2007, le Dr T. _____ a indiqué notamment ce qui suit :

"En raison d'une pathologie d'ordre orthopédique, le patient a été pris en charge par le Dr S. _____ dont vous trouverez une copie de son rapport ci-joint.

L'évolution est défavorable et le patient est actuellement suivi par le Dr U. _____ pour cette problématique.

Par ailleurs le patient présente plusieurs autres pathologies ayant nécessité des investigations approfondies.

1. Affection cardio-vasculaire : syndrome plurimétabolique (cf. consilium INCAR)
2. Affection digestive : oesophagite de reflux grade II SMM:
Infection à hélicobacter pylori
Gastrite antrale chronique intense et active
(cf. documents ci-joint[s])
3. Affection ORL : cf. consilium ci-joint

Compte tenu des multiples pathologies en cours d'évolution et de traitement, Monsieur O. _____ ne peut actuellement reprendre l'activité professionnelle qui était la sienne auparavant.

L'affection orthopédique est celle qui ressort au premier plan et je vous suggère de vous informer auprès du Dr U. _____ qui suit actuellement le patient pour cette problématique, dans quelle mesure votre assuré peut reprendre une activité professionnelle et à quel taux.

Dans l'état actuel je crois que de toute manière des mesures professionnelles seraient à prévoir en faveur du patient suscité qui, je le rappelle, a déjà été opéré."

Il a joint à son rapport notamment un rapport de consultation du 16 mai 2007 du Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui mentionne ce qui suit :

"Se plaint de gonalgies G.
Certificat d'arrêt de travail à 100% comme serrurier et port de charges lourdes jusqu'au prochain contrôle."

Dans un rapport du 4 septembre 2007, les Drs M. _____ et J. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont indiqué ce qui suit :

"Seule l'atteinte arthrosique de son genou gauche est source d'empêchement dans le cadre de son dernier poste de travail.

Limitations fonctionnelles: travail avec port de charge en position debout et travail avec déplacements fréquents surtout impliquant des marches ou des déclivités.

Un maintien d'une activité à 100% identique à celle exercée (soudeur sur grue) n'est pas possible, par contre une reconversion dans une activité en position semi-assise avec des déplacements limités[,] et ceci est en accord avec les spécialistes consultés dans ce dossier (Dr S. _____ ; Dr W. _____)[,] est tout à fait possible à 100% et ceci depuis le 27 février 2007."

Le 29 février 2008, l'OAI a informé l'assuré que les conditions de son droit à une orientation professionnelle étaient remplies.

Après que l'assuré s'est déterminé pour un stage d'évaluation auprès du Centre de formation professionnelle [...] (ci-après : le Centre N. _____) de [...], l'OAI lui a octroyé, par décision du 14 mai 2008, la prise en charge d'un stage de trois mois auprès de cette institution.

Le 21 mai 2008, le Centre N. _____ a informé l'OAI qu'après avoir exprimé des doutes quant à la construction d'un projet professionnel, l'assuré était intéressé et disposé à «essayer» la formule du stage proposée. Par courriel du 1^{er} mai 2009, il lui a fait part du fait que l'assuré, dont le stage devait débuter le 4 mai 2009, s'était rendu le 30 avril 2009 au Centre accompagné de son fils et avait apporté un certificat médical selon lequel il allait être hospitalisé dès le 5 mai 2009 pour une durée minimale de deux semaines et qu'il avait réservé des billets d'avion pour la Turquie pour le mois de juillet 2009.

Selon deux comptes rendus d'entretien des 14 octobre 2009 et 4 janvier 2010, le neveu de l'assuré a avisé l'OAI que l'assuré était retenu en Turquie, accusé de l'assassinat de son père, puis que l'assuré avait pu revenir en Suisse et était prêt à effectuer le stage prévu.

Il résulte du compte rendu d'un entretien téléphonique du 8 mars 2010 entre le Dr T. _____ et le Dr D. _____, du SMR ce qui suit :

"L'assuré, connu pour une gonarthrose gauche et une obésité (voir Rapport SMR du 04.09.2007), devait suivre un stage d'orientation afin de trouver une activité adaptée; après 3 jours, il a été mis en IT totale par le Dr T. _____. Ce médecin m'explique que l'assuré a un lourd passé otologique, avec plusieurs opérations, une hypoacousie et des acouphènes ; il ne supporte absolument pas le bruit d'un atelier. Il est suivi par la consultation d'otologie, service d'ORL au

Centre hospitalier H._____, à qui il faut demander un rapport médical."

Le Dr T._____ a établi les 3 et 30 mars, 6 et 25 mai 2010 des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail dès le 3 mars 2010.

Après avoir examiné l'assuré le 25 mars 2010, le Dr P._____, chef de clinique au Service d'oto-rhino-laryngologie du Centre hospitalier H._____, a mentionné ce qui suit dans un rapport du 20 mai 2010 :

"Diagnostic principal :

• **Surdité mixte bilatérale appareillée sur otite moyenne chronique avec rétraction tympanique gauche et poche non entièrement contrôlable postérieurement sans signe d'activité**

- Status post aticotomie et tympanoplastie type I à droite en 2001
- Status post second look en mai 2002 pour cholestéatome résiduel
- Status post 3^{ème} look en 2003 pour cholestéatome résiduel
- Status post après 4^{ème} look en 2004

Discussion :

Ce patient présente une surdité mixte bilatérale sur otite moyenne chronique multi-opérée du côté droit. Sur le plan audiométrique, son appareillage lui permet d'obtenir une audition satisfaisante non invalidante. Il évoque lors de notre consultation des acouphènes bilatéraux associés à des céphalées nocturnes."

Dans un avis médical du 1^{er} juin 2010, le Dr D._____ a préconisé de retenir au plus une limitation fonctionnelle supplémentaire à savoir l'absence d'exposition à un milieu bruyant, l'exigibilité dans une activité adaptée restant entière.

Il résulte d'un compte rendu d'entretien du 8 juin 2010 que l'assuré a déclaré à l'OAI qu'il ne se sentait plus capable d'assumer un travail, se plaignant de ne plus dormir la nuit à cause de ses problèmes aux oreilles et de ne plus supporter le bruit. Il a expliqué devoir s'absenter en Turquie pour résoudre des problèmes de famille ainsi que voir sa mère en fin de vie, son billet de retour étant réservé pour le 17 août 2010. Il a en outre accepté la proposition d'un stage au Centre [...] (ci-après : le Centre XY._____) d[...].

Ce stage a débuté le 30 août 2010 pour se terminer le 24 septembre 2010. Dans un rapport du 4 octobre 2010, le Centre XY. _____ a mentionné ce qui suit :

"SYNTHESE FINALE

M. O. _____ n'est pas en mesure de réintégrer le marché du travail ni de suivre une formation si simple soit-elle. Son comportement, ses plaintes et la démonstration de son inconfort sont des freins majeurs à une réinsertion. Dans toutes les activités que nous lui avons proposées, tout en respectant ses limitations, il n'a pu démontrer un intérêt ou une performance permettant d'espérer une reprise de travail. Son employabilité est quasi nulle."

Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit :

"5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

Conformément à votre demande, nous avons accueilli M. O. _____ pour un stage d'observation professionnelle (Art.69 RAI) du 30.08.2010 au 24.09.2010.

L'assuré se présente à l'atelier avec une démarche nonchalante et sans expression sur le visage. Il écoute attentivement la présentation de l'atelier. Il est resté discret tout au long du stage. Il signale de suite des maux de tête et des sifflements dans les oreilles. Parfois des bruits de fond ou quelques sifflements occasionnés par le travail d'un autre assuré, additionnés à ceux qu'il a déjà, deviennent carrément insupportables. Il dit que cela résonne dans sa tête et qu'il a mal. Nous remarquons qu'il opte pour un comportement identique pendant tout le stage ; il fuit le bruit si faible soit-il. Il se plaint souvent de maux de tête, non pas seulement en raison du bruit, mais à cause de la concentration qu'il doit exercer au niveau des yeux lorsqu'il doit distinguer des détails. Il en va de même pour se concentrer sur des documents de couleur blanche. Il lui arrive souvent d'aller faire un long tour dehors ou même de rester plus d'une heure sans rien faire à sa place de travail, la tête enfouie dans les mains. A tout moment, il enlève le seul appareil auditif qu'il porte pour le nettoyer. Ses temps d'action sont de plus en plus courts. Il semble que ce stage soit un calvaire pour lui. Il n'est pas nécessaire d'avoir du bruit autour de lui pour qu'il s'absente. Parfois, les deux premières heures du matin vont mieux, mais rapidement cela se dégrade. L'assuré se rend souvent aux toilettes, il nous parle de problèmes urinaires. L'après-midi, il reprend une attitude plaintive et démonstrative. Il se sent oppressé, il a l'impression que le toit lui tombe sur la tête avec des douleurs qui descendent dans la nuque. Un après-midi, il est rentré à la maison car il ne tenait plus. Il nous informe aussi que son fils a dû le rejoindre sur le trajet du retour car il n'était plus en état de conduire. L'assuré signale dormir très mal, voire même pas du tout. Durant le stage, il va parfois se reposer un moment dans sa voiture. Il exprime

de la volonté à vouloir travailler, mais le principal moteur de cette volonté ne fonctionne pas.

Lors d'une tentative de stage dans une entreprise pour effectuer du conditionnement léger, l'assuré n'a pas montré de motivation. Ses temps d'action sont de l'ordre de dix minutes par heure, le reste du temps il se promène. Son comportement est démonstratif malgré notre intervention pour essayer de le motiver un peu. Il nous réitère ses mêmes plaintes que celles décrites ci-dessus : douleurs dans la tête, sensation d'oppression, va-et-vient aux toilettes, prise massive de médicaments et sifflements dans les oreilles. Après un jour et demi, l'assuré déclare ne plus tenir le coup, il est au bord des larmes. Il est trop mal et trop gêné pour retourner se présenter à l'entreprise. Il nous demande avec insistance de le garder en nos ateliers. Nous mettons fin au stage en entreprise.

Dans les ateliers et face à un établi, nous observons que M. O. _____ a gardé une bonne dextérité. Il connaît les outils à main standards, voire même plus. Toutefois, l'accès aux machines lui est impossible à cause du bruit. Nous remarquons qu'il est appareillé à l'oreille droite. Il nous précise qu'il l'est aussi à gauche, mais que son appareil est en réparation à cause d'écoulements de l'oreille. Les consignes sont généralement démonstratives. Il s'active le plus souvent en position assise et parfois peut rester un long moment debout. Il se plaint toutefois de douleurs aux genoux qui ont été opérés. Il fournit du bon travail, sa gestuelle est lente et constante pendant ses temps d'action qui s'amenuisent au fil des heures. La contrainte de la production le stresse tellement, qu'il en perd le peu de moyens qu'il a réussi à rassembler. L'assuré semble mieux supporter s'il n'est pas face à la contrainte de la production. Curieusement, il trouve des stratégies pour éviter des gestes inutiles et ainsi améliorer ses performances qui restent bien en dessous de la moitié de la norme, dans toutes les activités que nous lui avons proposées. Nous l'avons observé à deux ou trois reprises tout en sueur, la voix tremblotante, nous annonçant qu'il avait de la fièvre. La position de travail légèrement penchée en avant ne lui convient pas du tout.

Manuellement, l'assuré ne rencontre pas de difficulté, il est habile. Il n'arrive simplement pas à se concentrer à cause des bruits dans les oreilles et des maux de tête. Les fins de semaines sont laborieuses, toute la dextérité qu'il a montrée en début de semaine disparaît, ses mains tremblent et elles manquent de précision. Il est tellement fatigué qu'il manque de s'endormir à sa place. Parfois il a les yeux qui coulent sans trouver d'explication. Il ne démontre aucune souplesse dans la nuque.

6. CONCLUSION

En conclusion, au terme de cette expertise, notre équipe d'observation est d'avis que M. O. _____ n'est pas en mesure de réintégrer le marché du travail en l'état. Son extrême lenteur, ses temps d'action qui fondent comme neige au soleil, ses plaintes répétées et la démonstration de son inconfort ne lui laissent aucune chance face à un employeur potentiel. Bien que se disant volontaire, il est incapable de le montrer. Il a, certes, des capacités manuelles, mais n'est pas apte à les mettre en oeuvre, tellement il est accaparé

par ses douleurs. Ce monsieur n'a pas sa place sur le marché du travail.

Dès lors, nous pouvons répondre aux questions posées de la manière suivante :

- Quels sont les rendements dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : Travail avec port de charge en position debout et travail avec déplacements fréquents surtout impliquant des marches ou des déclivités, pas d'exposition à un environnement bruyant ?

Dans toutes les activités proposées qui respectent les limitations mentionnées, les rendements observés ont varié entre zéro (symbolique) et 44% avec, généralement, une bonne qualité.

- Quelle formation pratique pourrait-il acquérir en tenant compte des intérêts, des capacités et des limitations fonctionnelles ?

Il est utopique de former ce monsieur. Bien qu'il exprime de l'intérêt, il ne le montre pas. Toute formation, si simple soit-elle, est vouée à l'échec.

- Quelles sont les pistes professionnelles possibles avec ou sans formation ?

Aucune piste ne se dégage de nos observations. Toutes celles essayées ont avorté de par le comportement, les plaintes et les absences de la place de travail de l'assuré. L'employabilité est quasi nulle."

Dans son rapport du 27 septembre 2010 annexé au rapport du Centre XY. _____, le Dr Z. _____, médecin consultant auprès du Centre XY. _____ d'[...], a mentionné ce qui suit :

"Discussion

M. O. _____ est un ressortissant turc de 53 ans, serrurier-constructeur et soudeur, à l'arrêt de travail depuis 2007. Une tentative de stage [...] aurait été interrompue à cause de son intolérance au bruit.

M. O. _____ se plaint d'un acouphène bilatéral constant, diurne et nocturne, souvent insomniant. Il a une hypoacousie bilatérale appareillée ddc, mais il ne porte pas son appareil à gauche, parce que l'oreille coule. Il a une gonarthrose bilatérale plus marquée à gauche qu'à droite. Le genou gauche a été opéré à deux reprises. A notre examen, les genoux sont secs, stables et calmes. La fonction est légèrement diminuée du côté gauche et l'appui monopodal est possible ddc. M. O. _____ a encore un syndrome métabolique notamment une hypertension peut-être réglée trop haut et pouvant jouer un rôle dans les acouphènes. Le SMR estime entière la capacité de travail dans une activité adaptée.

A l'atelier, M. O._____ travaille de façon hachée, s'interrompant souvent, soit pour rester inactif la tête entre les mains ou pour sortir à l'extérieur. Quel que soit le travail proposé, ses rendements ont été mesurés entre 5 et 44 %. Nous observons que ces rendements déjà faibles se sont dégradés au fil des jours. Il ne supporte aucun bruit de machines ou de ponçage, de limage par exemple et il s'éloigne immédiatement de la source de bruit ou même sort. Il se plaint de ses oreilles et de céphalées. Un stage en entreprise a été interrompu après 2 jours par manque de productivité et de motivation : il était actif une dizaine de minutes par heure. Il a tendance à se déconcentrer au fil des jours. La qualité est cependant bonne. Aucun des travaux demandés, même les plus légers ne lui a convenu.

Au terme de ces 4 semaines, notre groupe d'observation constate que M. O._____ a un rendement misérable quel que soit le travail attribué. Son absentéisme est important, soit parce qu'il reste inactif à sa place de travail de longs moments, soit parce qu'il sort pour marcher un peu, soit parce qu'il quitte l'atelier prématurément dans l'après-midi. Il se déconcentre et n'a pas d'endurance. Il ne s'intéresse à rien et nous ne voyons donc pas quelle formation pourrait lui convenir ou l'intéresser. Il n'a pas de projet et s'estime incapable de travailler. Cette attitude ne favorise évidemment pas la motivation à reprendre un travail ou même à donner son maximum pendant le stage. Comme il ne s'intéresse à rien et qu'aucun des travaux attribués ne lui a convenu, nous ne voyons pas quelle piste professionnelle indiquer."

Le Dr D._____, dans un avis médical du 1^{er} novembre 2010, a indiqué qu'en raison d'un comportement algique, de plaintes, de manque de motivation et d'absence de la place de travail, aucune piste professionnelle n'avait pu être définie et que l'exigibilité restait entière pour une activité adaptée (activité sédentaire essentiellement assise, dans un environnement calme).

Le 22 décembre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision prévoyant le refus d'une rente d'invalidité et retenant ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité de serrurier et d'employé au montage des grues.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 10 mai 2006. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit au 10 mai 2007, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans

une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charge en position debout et pas de déplacements fréquents surtout des marches ou des déclivités).

Afin de déterminer quel genre d'activités était à votre portée, un stage d'observation a été organisé auprès [du Centre XY. _____]. Il ressort des conclusions du stage que vous n'êtes pas en mesure de réintégrer le marché du travail ni de suivre une formation si simple soit-elle compte tenu de vos plaintes.

Toutefois, de l'avis du Service médical régional, votre capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles demeure de 100%.

Dès lors, pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre ancienne activité, soit CHF 74'100.-, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4732.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4933.- (CHF 4732.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+ 1.60% ; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 60'144.48 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 51'122.81.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	74'100.00			
avec invalidité	CHF	51'122.80			
La perte de gain s'élève à	CHF	22'877.20	=	un	degré

d'invalidité de 31 %"

Par courrier recommandé du 3 janvier 2011, l'assuré priait l'OAI de réexaminer sa décision et, à défaut, déclarait contester le refus de rente. L'assuré affirmait notamment que les salaires mensuels qui lui étaient offerts à l'occasion de ses recherches allaient de 800 fr. à 1'380 fr., et que sa perte de gain se situait donc plutôt à un taux à fixer entre 77% et 87%.

Par décision du 17 février 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente pour les mêmes motifs que ceux mentionnés dans son projet de décision.

C. Par acte du 17 mars 2011, O._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contre la décision du 17 février 2011 de l'OAI. Sous suite de frais et dépens, il a conclu, au préalable, à la mise en oeuvre d'une expertise, puis, à l'annulation de la décision attaquée, principalement, à la constatation de son droit aux prestations de l'AI, notamment à une rente dont le taux sera fixé à dire de justice et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Le recourant reproche notamment à l'OAI de s'être fondé sur des rapports médicaux anciens et de ne pas avoir tenu compte des conclusions du stage effectué au Centre XY._____. Il allègue que si les acouphènes dont il souffre l'empêchent de dormir au point de générer une fatigabilité aussi importante que celle mise en évidence au Centre XY._____, il n'est pas en mesure de travailler à 100%. Il soutient que l'OAI devait investiguer notamment ses problèmes d'insomnie et d'acouphènes, estimant le rapport du Dr P._____ extrêmement succinct et dépourvu de valeur probante.

Par réponse du 5 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) 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 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente ordinaire d'invalidité,

2. 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 et

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) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

3, **a)** Le recourant reproche à l'OAI, dans la décision attaquée, de s'être fondé sur des indications médicales anciennes, et d'avoir omis de prendre en compte les enseignements tirés du stage effectué au Centre XY._____, en particulier de ne pas avoir investigué les problèmes d'insomnie et d'acouphènes ayant selon lui affecté le déroulement de ce stage.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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 133 V 450, consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351, consid. 3a; 122 V 157, consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Enfin, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer

un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465, consid. 4.6 et les références citées; TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010, consid. 5).

c) aa) S'agissant des gonalgies, le Dr W. _____ (rapport du 26 septembre 2006) estimait que l'ancienne activité de serrurier sur grues et véhicules n'était pas compatible avec les douleurs, les limitations fonctionnelles et les blocages aux genoux dont souffrait le recourant mais qu'était en revanche exigible une activité même complète dans une autre profession, semi-assise avec des déplacements limités. Le Dr S. _____ (rapport du 20 février 2007) indique après avoir pratiqué une intervention chirurgicale sur le recourant, qu'il s'agit simplement d'une pré-arthrose antéro-interne du genou gauche chez un patient dont il trouve, après l'avoir suivi personnellement pendant près de quatre mois, qu'il se plaint beaucoup et semble quelque peu pusillanime. Le 16 mai 2007, le Dr U. _____ estime l'incapacité de travail totale dans la profession de serrurier et/ou nécessitant le port de charges lourdes. Les Drs M. _____ et J. _____ (rapport du 4 septembre 2007) retiennent également une capacité de travail entière dans une activité en position semi-assise avec des déplacements limités.

Ainsi, en ce qui concerne ses problèmes aux genoux, tous les médecins qui ont examiné le recourant en 2006 et 2007 concluent que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ces conclusions, certes déjà anciennes, demeurent toutefois valables à la date de la décision attaquée. En effet, lors de son examen, le Dr Z. _____ ne note pas d'aggravation puisqu'il indique, dans son rapport du 27 septembre 2010, avoir constaté lors de son examen que les genoux du recourant étaient secs, stables et calmes, la fonction étant légèrement diminuée du côté gauche et l'appui monopodal étant possible des deux côtés.

bb) Quant aux troubles ORL, le Dr R._____ constatait le 6 septembre 2006 que le recourant, moyennant appareillage, obtenait une audition satisfaisante et non invalidante. Les déclarations du recourant au Dr W._____ confirmaient cette conclusion (rapport du 26 septembre 2006, p. 4).

Dans son rapport du 20 mai 2010, le Dr P._____ expose avoir reçu l'assuré en consultation le 25 mars 2010, soit une vingtaine de jours après l'interruption prématurée du stage au Centre N._____ de [...]. Ce médecin relève, comme ses confrères l'avaient fait en 2006, que l'appareillage du recourant lui permet une audition non invalidante. Il mentionne les acouphènes bilatéraux et les céphalées nocturnes dont se plaint le recourant, mais n'indique pas d'incapacité de travail. Il ne relève aucun substrat objectif à ces plaintes, pas plus qu'il ne suggère l'opportunité d'autres examens. Ce rapport, certes concis, confirme les observations précédentes du Dr R._____ et n'est pas mis en doute par d'autres avis médicaux. Le Dr T._____ a délivré du 3 mars au 25 mai 2010 des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail dès le 3 mars 2010. Toutefois, c'est lui-même qui a suggéré au Dr D._____ de demander un rapport médical au Centre hospitalier H._____ (compte rendu d'entretien du 8 mars 2010), conseil que le Dr D._____ a suivi puisqu'il en a demandé un au Dr P._____. En outre ses certificats, à défaut de motivation, sont dépourvus de force probante. Le rapport du Dr P._____ n'est pas mis en doute non plus par les conclusions des responsables du Centre XY._____, ni par celles du Dr Z._____, comme on le verra ci-dessous. Il a ainsi valeur probante.

En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; I

573/04 du 10 novembre 2005, consid. 4; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

En l'occurrence, les responsables du stage ont relevé que le recourant avait exprimé de l'intérêt mais ne l'avait jamais démontré et que toutes les pistes professionnelles essayées avaient avorté à cause du comportement, des plaintes et des absences de la place de travail du recourant. Le Dr Z._____, qui fait état des plaintes du recourant, ne mentionne pas d'éléments objectifs à l'appui de celles-ci. Il indique un absentéisme important dû à l'inactivité du recourant à sa place de travail de longs moments, à ses sorties pour marcher un peu, ou au fait qu'il quitte l'atelier prématurément dans l'après-midi. Il ajoute que le recourant ne s'intéresse à rien, n'a pas de projet et s'estime incapable de travailler, attitude ne favorisant évidemment pas la motivation à reprendre un travail ou même à donner son maximum pendant le stage. Ce constat correspond en définitive aussi à celui du Dr S._____ qui décrivait, le 20 février 2007, un recourant qui «*se plai[gnait] beaucoup et sembl[ait] quelque peu pusillanime*», lors du traitement de ses gonalgies.

On ne saurait dès lors inférer du rapport du Centre XY._____ qu'une problématique médicale, notamment ORL, aurait été insuffisamment investiguée ou ignorée par les médecins qui ont examiné le recourant comme le soutient celui-ci.

cc) Il y a lieu de retenir en conséquence que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sédentaire, essentiellement assise et dans un environnement calme.

dd) Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne

pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2 et les références; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références).

ee) Au surplus, le recourant ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI. A juste titre, dès lors que vérifié d'office, ce calcul est exact, le degré d'invalidité du recourant étant de 31%. Le droit à la rente n'est ainsi pas ouvert.

4. a) Au vu de ce qui précède, la recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'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. 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 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour O. _____),
- 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 :