

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Bidiville et Zbinden, assesseurs
Greffière : Mme Trachsel

Cause pendante entre :

V. _____, à Renens, recourant, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH), à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : l'OAI) à Vevey, intimé.

Art. 7, 8 et 42 LPGA ; 17, 28 al. 1 et 57a LAI

E n f a i t :

A. V._____, né le 25 juin 1972, marié, sans enfants, originaire de Serbie, a travaillé en Suisse depuis 1987 comme aide-charpentier jusqu'en 1995, dans l'industrie et le bâtiment pendant deux années et dès 1997 comme chauffeur livreur, au service de plusieurs employeurs successifs. Son dernier contrat de travail, comme aide magasinier-livreur auprès de [...] SA, a pris fin le 31 août 1998. Il a ensuite été au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage mais n'a toutefois plus été indemnisé depuis le 1^{er} octobre 2001 en raison de son incapacité de travail. En arrêt de travail définitif depuis 1^{er} octobre 2001 pour des problèmes de santé, l'assuré a déposé, le 24 octobre 2001, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 19 décembre 2001, le Centre médico-chirurgical L._____ pose les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de luxation récidivante de l'épaule gauche, de scapulalgie gauche suite à des efforts faits au travail et de gonalgie gauche.

Dans un rapport médical du 11 janvier 2002, le Dr Q._____, médecin associé à l'Hôpital X._____, met en évidence un status après arthroscopie puis réparation capsulo-ligamentaire antérieure de l'épaule gauche le 5 novembre 1999 pour luxations récidivantes.

Le 25 septembre 2002, l'OAI a présenté à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande de prestations, au motif qu'il n'avait pas subi d'incapacité de travail et de gain de longue durée, soit d'au minimum une année sans interruption notable. Le 27 mars 2003, l'office intimé a rendu une décision identique à ce dernier projet, à laquelle l'assuré a fait opposition, en faisant valoir que son dossier médical n'avait pas été instruit, du moins en ce qui concerne son problème de genou, qui avait pourtant été mentionné par le Dr Q._____ dans son rapport du 11 janvier 2002. Par décision sur opposition du 4 juin 2003, l'OAI,

reconnaissant ne pas avoir examiné les répercussions éventuelles de l'atteinte présentée par l'assuré au genou gauche sur sa capacité de travail et de gain, a admis l'opposition et indiqué que la prétention serait à nouveau examinée après exécution de mesures d'instruction complémentaires.

B. L'assuré a été opéré d'une ostéotomie complexe du tibia gauche le 7 avril 2003. Dans un rapport médical du 23 novembre 2003 adressée à l'OAI, le Prof. C._____, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur à Hôpital X._____, a indiqué qu'en raison de son atteinte au membre inférieur gauche, l'assuré a présenté une incapacité de travail entière dès le 7 avril 2003 et de 50 % dès le 1^{er} septembre 2003. Il a relevé cependant que l'activité de chauffeur livreur à 100 % était envisageable dès le 19 novembre 2003, pour autant qu'il n'ait pas de charges de plus de 10 kg à porter de manière répétitive. Ce praticien a souligné encore que l'activité de magasinier livreur à 50 %, pour autant qu'elle ne comporte pas de charge répétitive, était adaptée. Il a confirmé ces conclusions dans un nouveau rapport médical du 10 juillet 2004.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2005, demandé par l'OAI en novembre 2004, la Dresse W._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a rendu compte d'un status après luxations récidivantes des deux rotules dès l'âge de 13 ans, d'un status après ostéotomie de varisation du tibia gauche et ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia en avril 2003, de douleurs persistantes du genou gauche, d'hyperlaxité du genou droit avec genu valgus et recurvatum instable, d'un status après luxations récidivantes de l'épaule gauche, stabilisation de l'épaule gauche selon Bankart en 1999 et d'une dyschondrostéose (syndrome de Leri-Weill). Elle a précisé qu'en raison des atteintes articulaires multiples, avec des luxations récidivantes des épaules, des douleurs rachidiennes, des douleurs des genoux, des chevilles et des pieds, l'assuré était incapable de fournir des efforts physiques. En effet, il ne pouvait pas rester debout longtemps, ni marcher longtemps, sans avoir des douleurs ou une fatigue importante ; il lui était cependant possible

probablement d'exercer une activité physique légère, en position assise, et de conduire un véhicule. Selon cette praticienne, l'activité exercée antérieurement n'était plus exigible alors que l'exercice d'une autre activité pouvait éventuellement être exigée après des mesures de reclassement, sous la forme d'une activité légère, sans port de charge et en position assise ; une diminution de rendement étant toutefois à prévoir.

Par communication du 16 novembre 2005, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'une expertise pluridisciplinaire serait effectuée par le COMAI (Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité) de Genève. L'examen clinique et rhumatologique a eu lieu le 9 mars 2006 et a fait l'objet d'un rapport du 31 août 2006, réalisé par le Dr B._____, spécialiste FMH en rhumatologie - médecine physique et réadaptation et par le Dr I._____, médecin-chef, et la Dresse T._____, spécialiste FMH en psychiatrie, le volet psychiatrique ayant lui-même fait l'objet d'un examen spécialisé du 6 avril 2006. De ce rapport, il ressort que l'assuré souffre de trouble anxio-dépressif de type moyen (CIM-10 : F 45.2), d'un status après luxation récidivante de l'épaule gauche et stabilisation de l'épaule gauche chirurgicale selon Bankart en 1999, d'hyperlaxité du genou droit, avec genou valgus et récurvatum instable, de douleurs séquellaires du genou gauche (status après ostéotomie de varisation du tibia gauche et ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia en avril 2003) et de dyschondrostéose (syndrome de Leri Weill). Au niveau psychiatrique, l'intéressé se plaint d'une perturbation du sommeil, avec des réveils prolongés et des ruminations. L'anxiété est augmentée et se manifeste par une inquiétude pour la moindre chose et une sensation de boule à l'estomac permanente. L'intéressé bénéficie d'un soutien psychothérapeutique, mais le traitement psycho-pharmacologique n'a pas été exploité dans les règles de l'art. En outre, l'assuré se plaint d'une extension et d'une diffusion des champs douloureux aux membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'au niveau du rachis. L'intensité et la diffusion de ses douleurs ne peuvent être expliquées uniquement par l'atteinte somatique. L'évaluation psychiatrique suggère que ce syndrome douloureux s'inscrit vraisemblablement dans le cadre d'un état anxio-dépressif (de type moyen) chez un homme traversant des difficultés

existentielles, ayant une répercussion cristallisée de sa maladie comme grave et évolutive. La Dresse T. _____ estime qu'il est important d'effectuer un traitement légal des troubles thymiques de l'assuré. En cas de persistance de la symptomatologie douloureuse malgré l'amélioration des troubles thymiques, le diagnostic différentiel à évoquer serait celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et la possibilité d'une reprise du travail serait alors défavorable, en raison de l'aspect cristallisé des plaintes et des faibles ressources de l'assuré. Au plan physique, les atteintes les plus marquées concernent les épaules et les genoux. Au niveau des épaules, le port de charges doit être limité au maximum à 10-15 kg. Cliniquement, il est constaté une mobilité conservée des épaules, avec des douleurs significatives en fin d'amplitude toutefois sans limitation articulaire. En ce qui concerne les douleurs aux genoux, elles entraînent une limitation en position debout, lors de la marche et lors d'accroupissements. Ces limitations sont en partie expliquées par un genou droit instable avec une déformation en recurvatum et valgus nécessitant le port d'une attelle de stabilisation et par un status post-opératoire du genou gauche entraînant une certaine raideur douloureuse principalement en flexion. Quant au bilan radiologique de la colonne lombaire et des chevilles, il ne montre pas de lésion significative. Dès lors, il est probable que la diffusion des douleurs entre dans le cadre d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon les experts, tous ces troubles ont entraîné une incapacité de travail complète depuis le mois d'octobre 2001 et pour une période estimée à six à douze mois afin de permettre d'instaurer un traitement antidépresseur et anxiolytique dans les règles de l'art. Après cette période, en cas de persistance d'un syndrome douloureux chronique, il est vraisemblable que l'assuré présente un syndrome douloureux somatoforme persistant. La durée des plaintes et surtout la cristallisation psychique d'un état grave et incurable tendent à montrer que l'assuré a des ressources adaptatives faibles. Toutefois, la possibilité d'une réadaptation professionnelle existe avec des adaptations comme le port de charges limité à 10-15 kg, sans activités contraignantes pour les épaules, soit une activité de manutention légère en position assise, ainsi

qu'une activité de chauffeur privé. Dans ce cas, la capacité de travail serait alors entière avec une baisse de rendement de 20 à 30 %.

Dans un avis médical du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 18 octobre 2006, le Dr J._____, se fondant sur les conclusions de l'expertise du COMAI, conclut, au plan somatique, à une capacité de travail de 0 % dans l'activité de chauffeur-livreur et de 100 % dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles décrites dans ladite expertise. Il n'approuve pas la baisse de rendement de 20 à 30 % préconisée par les experts, dans la mesure où il existe un syndrome d'amplification de la douleur important. Au plan psychiatrique, ce médecin estime que le trouble anxio-dépressif mixte est une combinaison de symptômes relativement légers des troubles anxieux et dépressifs qui ne représente pas un motif d'incapacité de travail et qu'il existe un syndrome d'amplification des douleurs, pas très important, dans le cadre d'une pathologie ostéoarticulaire multiple, probablement assez mal intégré par l'assuré. Il ne retient aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique et exclut le trouble somatoforme douloureux.

Dans son rapport final du 12 janvier 2007, la division administrative de l'OAI indique qu'il convient de procéder à une approche théorique de la capacité de gain de l'assuré avec, comme année de référence, 2002. Dès lors que l'assuré a occupé différents postes intérimaires non qualifiés, elle se réfère aux salaires ressortant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires) pour déterminer le revenu sans invalidité. Pour le calcul du revenu d'invalidité, elle prend en compte les mêmes salaires, en retenant les limitations liées au handicap comme facteur de réduction. Dans son annexe au rapport final, soit le "détail du calcul du salaire exigible", l'OAI tient compte du salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (production et services) en 2002, soit 4'557 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2002, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés prennent en compte un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures ; La vie

économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant est porté à 4'750 fr. 65 (4'557 fr. x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 57'008 fr. 07, lequel est ainsi retenu comme revenu sans invalidité. Le revenu d'invalidé, calculé sur les mêmes bases, avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, se monte ainsi à 51'307 fr. 26.

Le 29 juin 2007, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de prestations, et indiquant que l'activité de chauffeur-livreur était contre-indiquée mais que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à son état de santé, soit dans une activité ne comportant pas de port de charges de plus de 15 kg et évitant les activités contraignantes pour le dos, la position debout prolongée ou la marche sur terrain instable, ainsi que les positions en porte-à-faux. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité a été fixé à 10 %, n'ouvrant ainsi le droit à aucune prestation. Par décision du 27 août 2007, l'OAI a confirmé son projet de décision en tous points.

Le 30 août 2007, l'assuré s'est opposé à cette décision, reprochant à l'OAI d'avoir écarté les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du COMAI, laquelle remplissait toutes les conditions requises pour se voir accorder une pleine valeur probante, au profit de l'avis SMR du 18 octobre 2006, qui ne repose sur aucun examen médical et émane d'un médecin qui n'a aucune qualification pour le rendre, n'étant ni rhumatologue, ni psychiatre.

C. Par acte du 26 septembre 2007, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, recouru contre la décision de l'OAI du 27 août 2007, faisant valoir en premier lieu que, contrairement à ce qui avait été annoncé dans le projet de décision du 29 juin 2007, l'OAI n'a pas attendu l'écoulement du délai qui lui était imparti pour faire part de ses objections motivées - délai arrivant à échéance le 3 septembre 2007 compte tenu des fêtes - et a notifié sa décision le 28 août 2007. Le recourant se plaint donc d'une violation de son droit d'être entendu dans le cadre du projet de décision. Sur le fond, il fait valoir que l'avis médical du Dr J. _____ du 18 octobre 2006 n'est pas argumenté, ne s'appuie sur aucun examen médical,

n'émane pas d'un spécialiste et ne peut dès lors suffire à écarter les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire de dix-huit pages confiée à des médecins choisis pour leur spécialisation et remplissant toutes les conditions tant matérielles que formelles requise pour une expertise médicale. Le recourant affirme dès lors qu'il convient de suivre la conclusion de ladite expertise selon laquelle le début de l'invalidité remonte au mois d'octobre 2001, date à partir de laquelle existe le droit à une rente entière. Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée pour violation du droit d'être entendu et, subsidiairement, à la réforme de cette décision en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2002.

Dans son courrier du 23 octobre 2007, l'OAI n'a pas souhaité se déterminer dans cette affaire.

D. Par courrier du 12 juin 2008, le juge instructeur de la cause a informé les parties qu'une expertise pluridisciplinaire devait être mise en œuvre. Confié au Centre d'observation A._____, l'examen qui a été effectué par les Drs M._____, spécialiste FMH en rhumatologie, K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, les 6 et 20 novembre 2008, a fait l'objet d'un rapport du 8 mars 2009. Sur le plan ostéoarticulaire, en ce qui concerne les membres supérieurs, il est relevé qu'il existe une forte appréhension concernant la stabilité de deux épaules, ce qui conduit le recourant à faire très attention. Celui-ci souffre d'un recurvatum du genou droit pour lequel il porte une orthèse, recurvatum corrigé chirurgicalement du genou gauche, avec insatisfaction sur le plan de la symptomatologie douloureuse qui persiste. Il n'a plus aucune activité sportive. A la question précise d'une potentielle capacité de travail, il s'estime capable de travailler comme chauffeur-livreur, en tout cas à temps partiel, si les charges sont limitées, mais déclare ne pas arriver à trouver de poste adapté, les employeurs étant en général réticents face à ses limitations. Sur le plan psychique, la situation de l'assuré est essentiellement déterminée par la problématique physique. L'expertise de 2006 a résumé les atteintes sur ce plan, celles-ci se sont cumulées depuis sa jeunesse. Il

se trouve aujourd'hui dans une sorte d'amertume et de regrets par rapport aux multiples interventions qui, selon lui toujours, n'ont pas apporté de changements satisfaisants. Il admet cependant que l'intervention à son épaule a été un succès relatif. Il présente encore quelques croyances irrationnelles, notamment celle de terminer en chaise roulante. Il est cependant suffisamment intelligent pour comprendre que la réalité n'est pas telle sur le plan médical. Il n'y a aucun antécédent psychique, que ce soit dans le passé ou dans les suites immédiates de la situation médicale de 1999. Ce n'est qu'en 2005 que son médecin traitant signale un problème d'anxiété, une symptomatologie dépressive et un suivi chez un psychologue, en lien principalement avec des problèmes administratifs et conjugaux. Ceci est confirmé dans l'expertise de 2006 dans laquelle le diagnostic d'état anxio-dépressif sévère est retenu, la capacité de travail étant estimée à 0 %, transitoirement, soit jusqu'à l'application d'un traitement psychothérapeutique et psychotrope. Avec la distance d'aujourd'hui et les descriptions de l'assuré, on comprend effectivement qu'il y a eu, pendant les années 2005 à 2007, une perturbation dans le couple et qu'un cercle vicieux s'est installé entre sa perte de travail, la diminution de ses revenus, la dépendance des services sociaux, des moments d'énerverment, des disputes croissantes ainsi qu'une incompatibilité de caractère entre les deux partenaires. Toutefois, la situation s'est clairement améliorée depuis le moment de la séparation du couple en 2007. L'assuré décrit dès lors une collaboration tout à fait adéquate entre les parents qui s'occupent alternativement de leurs enfants, en ce qui le concerne trois fois par semaine et un week-end sur deux. Il est affectivement attaché à ses enfants et entreprend passablement de choses avec eux. Il décrit maintenant la relation avec son épouse comme professionnelle, à savoir [sans] émotion. Sur le plan strictement psychiatrique, il est perçu comme un homme qui est certes toujours quelque part affecté par son atteinte physique, mais autrement stabilisé. Il présente un fonctionnement mental tout à fait normal, il est équilibré sur le plan affectif, sans aucun signe majeur en faveur d'un état dépressif ni particulièrement anxieux. Il s'exprime d'une manière plutôt étonnante avec un vocabulaire étoffé, des expressions différenciées et parfois des observations assez fines. Par ailleurs, il évoque des intérêts

bien maintenus, des lectures multiples, la recherche d'informations qu'il fait au travers d'émissions de télévisions et de lectures. La situation sociale est bonne, il n'est pas isolé, mais dispose d'un réseau de connaissances, d'amis et garde des contacts avec sa famille d'origine, notamment sa soeur et la famille de celle-ci. L'assuré décrit l'apparition matinale d'une boule à l'estomac, qu'il combat systématiquement avec une première prise de Lexotanil. Il est maintenant habitué à cette médication depuis quatre ans et il en prend journalièrement entre 6 et 12 mg. La médication remplit ainsi une fonction à la fois anxiolytique, et de maintien de la dépendance. En parallèle, il consomme journalièrement du cannabis, ce qui semble fonctionner selon le même mécanisme. Par ailleurs, l'organisation de doses quotidiennes sous-entend une habilité sociale avec le réseau de distribution. Une médication anti-dépressive a été essayée pendant une courte période suite à l'expertise de 2006, ceci sous forme de Remeron et Stilnox mais a été ensuite très vite abandonnée. Les limitations fonctionnelles retenues sont notamment, le travail en dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs, les charges de plus de 10 kg, les déplacements n'étant pas en terrains plats uniquement, et de plus de 15 à 20 min, ceux-ci pouvant cependant être répétés. Tenant compte de tous ces éléments, la capacité de travail en tant que chauffeur-livreur est fixée à 100 % si les charges sont limitées à 10 kg au maximum, et de 100 % dans un poste adapté depuis le 19 novembre 2003.

Par courrier du 20 mai 2009, le recourant s'est déterminé sur cette dernière expertise. Il fait valoir que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du COMAI du 31 août 2006 a pleine valeur probante et que l'expertise judiciaire réalisée par le Centre d'observation A._____, qui conclut que l'exercice d'une activité adaptée est possible depuis le 19 novembre 2003, n'explique pas pourquoi les médecins du COMAI ont en août 2006 retenu une incapacité de travail depuis 2001, à réévaluer en 2007. Il soutient que les conclusions du Centre d'observation A._____ ne sont pas fiables pour ce qui concerne la capacité de travail depuis 2001, les médecins du centre estimant par ailleurs qu'il y a une amélioration de l'état de santé depuis la séparation en 2007. Il produit un rapport médical

du 6 mai 2009 établi par son psychiatre traitant, la Dresse R._____, qui conteste les diagnostics du Centre d'observation A._____ et nie qu'il y ait une amélioration de son état de santé. Le recourant affirme encore que le rapport d'expertise du Centre d'observation A._____ a une valeur probante diminuée dans la mesure où ses conclusions sont contredites par le rapport d'expertise du 31 août 2006 du COMAI et par le dernier rapport médical du psychiatre traitant.

Dans ses déterminations du 17 juin 2009, l'OAI expose qu'après avoir soumis le certificat médical de la Dresse R._____ au SMR, il se rallie entièrement à l'avis qu'il a établi le 15 juin 2009. En effet, le SMR considère que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est étayé par aucun avis médical et doit être écarté, que le trouble anxieux est qualifié de "stable sous traitement" et n'est donc pas invalidant et que le trouble de la personnalité n'est pas établi. Ainsi, le rapport de la Dresse R._____, qui n'apporte aucun élément de nature à remettre en question la position de l'OAI, basée sur un rapport probant d'expertise faite par un COMAI, ne peut être retenu.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979]; RSV 173.01) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 francs.

b) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal des assurances compétent, est recevable. Il est en outre recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417).

b) Dans un premier moyen, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dès lors que l'OAI a rendu sa décision sans attendre l'écoulement du délai de trente jours qu'il lui avait imparti dans son projet du 29 juin 2007 pour former ses éventuelles objections motivées à l'encontre dudit projet.

c) Selon l'art. 57a LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006 et donc applicable *ratione temporis* en l'espèce, l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ; l'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. En effet, dès lors que l'art. 69 al. 1 let. a LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006,

prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné, le droit d'être entendu de l'assuré est désormais garanti avant la prise de décision formelle par l'envoi d'un projet de décision, un délai étant imparti à l'assuré lui permettant de participer à l'établissement des faits pertinents et au choix des mesures appropriées (Message du Conseil fédéral du 4 mai 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [mesures de simplification de la procédure], FF 2005 2899, 2904, ch. 1.3.1).

L'al. 3 du projet du Conseil fédéral relatif au nouvel art. 57a LAI – qui prévoyait que l'art. 38 al. 4 LPGA relatif à la suspension des délais n'est pas applicable (FF 2005 2913) – n'ayant pas été retenu par les Chambres fédérales, l'art. 38 al. 4 let. b LPGA – aux termes duquel les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement – était incontestablement applicable au délai de 30 jours fixé par l'OAI à l'assuré pour faire part de ses objections motivées à l'encontre du projet de décision du 29 juin 2007. Dès lors, en statuant le 27 août 2007, soit avant l'échéance du délai de 30 jours compte tenu de la suspension pendant les fêtes d'été, et sans tenir compte des objections que l'assuré lui a adressées le 30 août 2007, soit avant l'échéance de ce délai, l'OAI a violé le droit d'être entendu du recourant. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, un office AI commet une violation du droit de l'assuré d'être entendu lorsqu'il statue avant l'échéance du délai qu'il lui avait imparti pour se déterminer sur un projet de décision et qu'il écarte ainsi des moyens déposés en temps utile (TFA, I 658/04 du 27 janvier 2006, consid. 5).

Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale [Cst]) de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa ; ATF 106 la 73,

consid. 2). Toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa ; ATF 126 I 68, consid. 2 ; 126 V 130, consid. 2b et les références), et qui peut donc examiner sans limitation aussi bien l'état de fait que les questions juridiques (ATF 112 Ib 170, consid. 5e ; 110 Ia 81, consid. 5d ; 107 V 246, consid. 3; 115 V 297).

d) En l'espèce, la cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit et le recourant a pu faire valoir devant elle toutes les objections qu'il avait présentées dans son courrier du 30 août 2007 à l'OAI, objections qui ont d'ailleurs conduit à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire judiciaire. Cela étant, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée, si bien qu'il convient d'examiner l'affaire sur le fond.

3. Dans un second moyen et à titre subsidiaire, le recourant conteste la capacité de travail qui lui a été imputée par l'autorité intimée, et par voie de conséquence le degré d'invalidité retenu par celle-ci.

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004,

un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004).

Selon l'art. 16 LPGA (auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1).

4. Il convient d'examiner d'abord la question de la capacité de travail du recourant sur le plan ostéoarticulaire.

a) En l'espèce, les diagnostics posés par les experts judiciaires du Centre d'observation A._____ dans leur rapport du 6 mars 2009 sont globalement superposables à ceux posés par les experts du COMAI dans leur rapport du 31 août 2006, ainsi qu'à ceux établis par la Dresse W._____ dans son rapport du 8 novembre 2005. Dès lors, il convient de retenir les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après luxation récidivante de l'épaule gauche et stabilisation de l'épaule gauche chirurgicale selon Bankart en 1999, d'hyperlaxité du genou droit, avec genou valgus et récurvatum instable, de douleurs séquellaires du genou gauche, de status après ostéotomie de varisation du tibia gauche, d'ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia en avril 2003, et de dyschondrostéose (syndrome de Leri Weill).

De même, que ce soit par les experts du Centre d'observation A._____ ou par ceux du COMAI, les limitations fonctionnelles du point de vue ostéoarticulaire retenues sont, en bref les suivantes : pas de travail en dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs, pas de port de charges de plus de 10 kg, les déplacements en terrains plats uniquement, durant 15 à 20 minutes au maximum, mais pouvant être répétés.

En outre, les experts du Centre d'observation A._____ et du COMAI s'accordent à dire qu'en raison des atteintes ostéoarticulaires et

des limitations fonctionnelles qui en découlent, l'activité de chauffeur-livreur, telle que l'assuré l'a exercée par le passé, soit en dépassant le port de charges de 10 kg), est contre-indiquée depuis 2001 ; en revanche, dans une activité adaptée telle qu'une activité de manutention légère en position assise, une activité de chauffeur privé ou encore une activité de chauffeur livreur avec des charges limitées à 10 kg au maximum, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail de travail. Tel est également l'avis du Prof. C. _____ qui a exposé qu'ensuite de l'opération du 7 avril 2003, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 31 août suivant et de 50% dès le 1^{er} septembre 2003, mais était en mesure d'exercer une activité de chauffeur livreur à 100 % dès le 19 novembre 2003, pour autant qu'il n'ait pas de charges de plus de 10 kg à porter de manière répétitive. Il convient donc de retenir, au regard des indications données par le Prof. C. _____, sur lesquelles les experts du Centre d'observation A. _____ proposent également de se fonder, que le recourant dispose depuis le 19 novembre 2003, sur le plan ostéoarticulaire, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Si les experts du COMAI attestent une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ils retiennent toutefois également une baisse de rendement de 20 à 30 % afin de permettre à l'assuré de faire de courtes pauses en cas de douleurs et d'éviter le stress provoqué par l'exigence de rendement avec des temps de tournées pré-établies dans l'activité de chauffeur livreur. Or, dans son rapport médical du 8 novembre 2005, la Dresse W. _____ retenait également que dans l'exercice d'une activité adaptée, sans port de charges, il fallait s'attendre à une diminution du rendement ; elle relevait qu'en raison des atteintes articulaires multiples, l'assuré ne pouvait pas rester debout longtemps ni marcher longtemps sans avoir des douleurs.

Dans son avis SMR du 18 octobre 2006, le Dr J. _____ écarte l'appréciation des experts du COMAI relative à la baisse de rendement, en postulant qu'il existe un syndrome d'amplification de la douleur important. Toutefois, cet avis n'est pas de nature à mettre en doute l'appréciation

des experts du COMAI ; en effet, le postulat d'un syndrome d'amplification de la douleur important émane d'un médecin qui n'a pas vu l'assuré et ne trouve aucune assise dans les rapports des divers médecins qui, eux, ont examiné l'assuré.

Les experts du Centre d'observation A._____, qui retiennent eux aussi une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ne se sont pas prononcés sur une éventuelle baisse de rendement. Leurs constatations objectives et leurs diagnostics sont toutefois, comme on l'a vu, superposables à ceux des experts du COMAI et de la Dresse W._____. Ils retiennent ainsi que l'assuré présente une dyschondrostéose et une hyperlaxité généralisée qui a favorisé diverses lésions ostéoarticulaires, notamment aux épaules et aux genoux ; à l'instar toujours de la Dresse W._____, ils tiennent compte des plaintes de l'assuré non seulement au niveau des douleurs des articulations précitées, mais également de celles de la cheville gauche et du rachis. Cela étant, il n'y a pas de motif de s'écarter de l'appréciation des experts du COMAI relative à la baisse de rendement liée aux atteintes ostéoarticulaires. Toutefois, en l'absence de corroboration chiffrée par d'autres experts d'une baisse de rendement dépassant 20 %, et en l'absence d'une motivation plus précise des experts du COMAI, il y a lieu de retenir la limite inférieure de la fourchette indiquée par ceux-ci, soit une baisse de rendement de 20 %.

c) En définitive, il convient d'admettre que, sur le plan ostéoarticulaire, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce depuis le 19 novembre 2003, avec une baisse de rendement de 20 %.

5. Il sied d'examiner la question de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique.

a) Les experts du COMAI rendent compte d'un état anxio-dépressif de type moyen (F 45.2 [recte: F 41.2]). Ce diagnostic se fonde sur une anamnèse complète et sur l'examen psychiatrique de l'assuré, il

est motivé de manière convaincante et l'appréciation de la situation médicale est claire. Sur ce point, leur rapport d'expertise remplit ainsi tous les critères pour qu'il puisse lui être reconnu pleine valeur probante. Il n'existe dès lors aucun motif de s'écarter de ce diagnostic, dont la pertinence, au moment de l'examen, n'est pas remise en cause par d'autres avis médicaux au dossier. Dans son avis médical du 18 octobre 2006 et au vu des symptômes, le Dr J. _____ du SMR retient d'ailleurs ce diagnostic. Il estime en revanche que le trouble anxio-dépressif mixte, selon la CIM-10, est une combinaison de symptômes relativement légers des troubles anxieux et dépressifs, qui à ses yeux ne représentent pas un motif d'incapacité de travail. Ce médecin, qui n'a, comme déjà mentionné plus haut, jamais examiné le recourant et qui, au surplus, n'a pas de spécialisation en psychiatre, n'amène pas d'éléments cliniques ou anamnestiques qui permettraient de s'écarter de l'appréciation de l'expert psychiatre. Or, les conclusions de ce dernier doivent être considérées comme probantes en tant qu'elles retiennent que les troubles psychiatriques ont entraîné une incapacité totale de travail depuis le mois d'octobre 2001. Il sied au demeurant de relever que le rapport d'expertise du Centre d'observation A. _____ ne remet pas en cause le diagnostic posé en 2006 par les experts du COMAI, ni leur appréciation relative à l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail de l'assuré. Bien plutôt, ledit rapport met en évidence que la situation s'est clairement améliorée depuis le moment de la séparation en 2007 et la disparition de la conflictualité conjugale, l'assuré décrivant une collaboration tout à fait adéquate entre les parents et leurs enfants, s'occupant lui-même de ceux-ci lui-même trois fois par semaine et un week-end sur deux. L'expert psychiatre du Centre d'observation A. _____ expose encore qu'il a vu un homme qui est certes toujours quelque part affecté par son atteinte physique, mais qui présente un fonctionnement mental tout à fait normal, qui est équilibré sur le plan affectif, sans aucun signe majeur en faveur d'un état dépressif et qui n'est pas particulièrement anxieux. Il conclut finalement qu'il n'existe plus au jour de l'expertise d'atteinte majeure sur le plan psychique, susceptible d'influer sur la capacité de travail, l'éventuelle part anxieuse, équilibrée par la prise de Lexotanil et de cannabis, étant à considérer comme plutôt mineure et sans influence sur

la capacité de travail. Ces conclusions, qui reposent sur une analyse complète du dossier et qui sont bien motivées sur le plan clinique et anamnestique, doivent ainsi être retenues.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les conclusions de cette dernière expertise ne sauraient être remises en cause par le rapport médical de la Dresse R._____, du 6 mai 2009. Si cette praticienne pose le diagnostic de trouble anxieux, elle précise toutefois qu'il est actuellement stabilisé par traitement anxiolytique, ce qui rejoint les conclusions de l'expert. Quant au diagnostic de trouble de la personnalité non spécifique également évoqué par cette praticienne, cette dernière précise qu'il est compensé par le traitement psychotrope médicalement et auto-administré, de sorte qu'il ne saurait être tenu pour invalidant. Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme qui avait été évoqué dans l'expertise du COMAI en 2006, sans toutefois être retenu, il ne l'a pas été non plus par les experts du Centre d'observation A._____. Ainsi, en l'absence de toute argumentation médicale, il doit être écarté. Au demeurant, par définition, le syndrome douloureux somatoforme comporte une douleur qui n'est pas entièrement expliquée par un processus physiologique ou un trouble physique, ce qui n'est pas le cas en l'espèce puisque l'on est en présence d'une pathologie douloureuse organique avérée.

b) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que sur le plan psychiatrique, le recourant a présenté une incapacité totale de travail à partir du 1^{er} octobre 2001 jusqu'à l'amélioration intervenue en 2007, lors de sa séparation. En l'absence d'indications plus précises sur le moment où cette amélioration est intervenue, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail a été totale jusqu'au 31 mai 2007, ce qui constitue la moyenne de la période de six à douze mois après laquelle les experts du COMAI, dans leur rapport d'expertise du 31 août 2006, préconisaient une réévaluation de la situation ensuite de la mise en place d'un traitement anti-dépresseur et anxiolytique léger de l'état anxio-dépressif présenté par l'assuré.

En définitive, sur la base des différentes expertises médicales au dossier et pour les raisons qui viennent d'être exposées, la cour de céans considère que le recourant a présenté une incapacité totale de travail, pour des raisons psychiatriques, du 1^{er} octobre 2001 au 31 mai 2007. Depuis cette date, il n'y a plus d'incapacité de travail d'origine psychiatrique et il ne reste que les limitations découlant de la pathologie ostéoarticulaire, le recourant bénéficiant ainsi d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, compte tenu d'une diminution de rendement de 20 %.

6. En dernier lieu, il convient encore de procéder à l'approche théorique de la capacité de gain du recourant.

a) Le 1^{er} octobre 2002, ce dernier présentait une incapacité de travail et de gain durable de 100 % depuis une année, de sorte qu'il avait droit, dès cette date, à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 % (art. 28 al. 1 aLAI et 29 al. 1 aLAI). Depuis le 1^{er} juin 2007, il dispose à nouveau d'une capacité de travail de 80 %, si bien qu'il y a lieu de procéder au calcul économique conformément à l'art. 16 LPGA pour déterminer son degré d'invalidité à partir de cette date.

A cet égard, les éléments figurant dans le rapport final du 12 janvier 2007 de l'OAI (cf. supra, lettre C pp. 5 et 6) sont pertinents et peuvent être repris, ceux-ci n'étant au demeurant pas critiqués par le recourant. Le revenu sans invalidité en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente) à retenir s'élève à 57'008 fr. 07. Le revenu d'invalidité doit être calculé sur les mêmes bases, soit en tenant compte d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. Il se monte à 51'307 fr. 26 pour une activité exercée à temps complet, soit, en l'espèce, à 41'045 fr. 80 compte tenu d'une diminution de rendement de 20 %. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à une perte de gain de 9'856 fr. 46 et donc à un degré d'invalidité de 19,21 %.

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou

que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En l'espèce, trois mois après l'amélioration intervenue le 1^{er} juin 2007, soit dès le 1^{er} septembre 2007, le droit à la rente s'éteint, puisque, ensuite de cette amélioration, le degré d'invalidité du recourant ne s'élève plus qu'à 19,21 % et qu'aucune rente n'est accordée en-dessous d'un taux d'invalidité de 40 %.

c) Il sied au surplus de constater que le manque à gagner du recourant dépasse 19 % et donc le seuil qui, au regard de la jurisprudence, lui ouvre le droit à des mesures de reclassement (art. 17 LAI ; ATF 124 V 108). Il peut donc en bénéficier dès l'extinction du droit à la rente, soit dès le 1^{er} septembre 2007.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, à partir du 1^{er} octobre 2002 et jusqu'au 31 août 2007, puis à des mesures de reclassement dès le 1^{er} septembre 2007. Il appartiendra à l'OAI de décider si ces mesures doivent être subordonnées à un sevrage du cannabis.

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 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura

donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI. En effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public.

L'OAI versera en revanche au recourant, qui obtient gain de cause, une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), qu'il convient, en application de l'art. 7 du TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]), de fixer équitablement à 2'000 francs.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision attaquée du 27 août 2007 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2002 jusqu'au 31 août 2007, puis à des mesures de reclassement dès le 1^{er} septembre 2007.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** L'OAI versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- FSIH, pour V. _____ ;
- 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 :