

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 novembre 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Monod et Pittet  
Greffier : M. Greuter

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 17 al. 1; 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** K. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1965, marié et père d'un enfant, a travaillé comme magasinier chez R. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1990. Le 2 septembre 1999, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes.

Dans un rapport médical rhumatologique du 22 octobre 1999 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a indiqué que l'assuré, magasinier chez R. \_\_\_\_\_, était en arrêt de travail depuis décembre 1998 en raison de douleurs lombaires continues. Il a posé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur discopathie L5-S1 avec protusion discale médiolatérale droite.

Lors d'un examen médical SMR du 20 août 2001, la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, et le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, ont retenu un diagnostic de lombalgies communes sans participation radiculaire déficitaire ou même irritative; ils ont considéré qu'une activité tenant compte des limitations fonctionnelles était exigible en plein.

**b)** Le 25 mars 2002, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente, qui a été confirmé par décision du 15 mai 2002, entrée en force. Cette décision retenait en substance que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, dans laquelle il pourrait réaliser un revenu annuel brut de 45'980 fr. qui, comparé au salaire annuel brut de 46'930 fr. qu'il réaliserait dans son ancien métier sans atteinte à la santé, faisait apparaître un degré d'invalidité de 0.02%.

**c)** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 7 avril 2006, en demandant à bénéficier d'un recyclage professionnel.

**d)** Le 30 juin 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'OAI un rapport médical manuscrit évoquant un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et estimant qu'il y avait incapacité de travail de 100% depuis début 2005. Ce médecin indiquait que l'assuré avait pris contact avec lui à cause de troubles importants de l'humeur avec affect triste, irritabilité, perte de l'estime de soi, idées de suicide, retrait sur le plan social et fatigabilité en plus du tableau douloureux; un traitement avec entretien de soutien et saroten (médicament antidépresseur) et zyprexa (médicament antipsychotique) avait eu peu d'effet sur son état et le test de Hamilton effectué le 14 juin 2006 avait donné un score de 25 à la limite de la dépression sévère. Le Dr P.\_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle, en justifiant que l'assuré était au bout de ses ressources psychiques et qu'il n'avait aucune chance d'évoluer par ses propres moyens; pourtant, au vu du jeune âge de l'assuré, une tentative de réadaptation professionnelle semblait justifiée.

**e)** Dans un avis SMR du 15 janvier 2007, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr P.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 30 juin 2006, s'appuyait sur les douleurs somatiques pour justifier une capacité de travail nulle; les arguments à disposition, notamment psychiatriques, lui paraissant insuffisants, elle a proposé un examen rhumato-psychiatrique au COMAI.

**f)** L'OAI a alors mandaté le centre d'expertise médicale à Genève pour une expertise rhumato-psychiatrique. Dans le rapport d'expertise interdisciplinaire du 17 septembre 2007, les experts (Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie; Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) ont retenu notamment ce qui suit:

#### **"A.4 Diagnostics**

##### **A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail**

- Lombalgies chroniques modérées sur discopathie L5-S1 avec protrusion discale sans conflit discoradiculaire.

#### A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission.
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

#### **A.5 Appréciation du cas et pronostic**

Sur le plan rhumatologique, Monsieur K.\_\_\_\_\_ présente des lombalgies communes, en relation avec une discopathie protrusive L5-S1 sans conflit discoradiculaire. Les douleurs sont d'allure mécanique, aggravées principalement par le port de charge (plus de 10 kilos) et lors de positions du tronc penché en avant.

Par rapport à l'expertise de 2001, la symptomatologie s'est plutôt améliorée, les blocages lombaires étant moins fréquents et ne durant que quelques heures.

A l'examen ostéo-articulaire actuel, je note une mobilité lombaire conservée avec une sensibilité plutôt modérée de la charnière lombosacrée. Il n'y a pas d'irritation ou de déficit radiculaire aux membres inférieurs. Les radiographies de la colonne lombaire du 19.04.2007 sont globalement décrites comme normales, sans signe de discopathie significative. Dans l'ensemble, je retiens les mêmes diagnostics qu'en 2001, à savoir des lombalgies communes associées à une discopathie protrusive L5-S1, toutefois peu évolutive au vu des nouvelles radiographies de la colonne lombaire. Dès lors, d'un point de vue somatique, l'appréciation fonctionnelle reste identique, à savoir, la persistance d'une incapacité de travail dans les activités contraignantes pour le dos, comprenant principalement le port de charges lourdes ou les positions contraignantes en porte-à-faux. Toutefois, dans une activité adaptée, respectant les limitations déjà décrites en 2001, la capacité de travail reste entière.

En ce qui concerne l'évaluation psychiatrique, le médecin-expert, la Doctoresse J.\_\_\_\_\_, retient comme diagnostic un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle estime que l'assuré ne présente aucun trouble psychiatrique pouvant affecter sa capacité de travail. Une exagération attentionnelle (recte: intentionnelle) de certains symptômes a pu être également constatée durant l'entretien, justifiant le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Une telle attitude pourrait être motivée par la recherche d'une compensation financière ou d'une reconnaissance sous forme d'un recyclage avec formation professionnelle. En ce qui concerne la fatigue exprimée par l'assuré, l'expert-psychiatre retient une possible influence médicamenteuse. En effet, l'assuré prend un comprimé de Saroten 50 mg le matin au lieu du soir, provoquant une sédation possible durant la journée, et d'autre part, la prise de Zyprexa de façon anarchique, pourrait également être responsable d'une fatigue ponctuelle.

#### **B. Influences sur la capacité de travail**

(...)

Dans l'activité de manutentionnaire chez R. \_\_\_\_\_, il n'y a pas de capacité résiduelle de travail en raison des caractéristiques de cette activité comprenant des ports de charges lourdes et des positions contraignantes pour le dos.

(...)

L'assuré n'a plus travaillé depuis avril 1999. Une expertise AI datant de 2001 a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans effort en antéflexion du tronc et sans soulèvement de charge de plus de 10 kilos. Toutefois par la suite, l'assuré n'a jamais pu reprendre une activité professionnelle. En 2006, un diagnostic d'épisode dépressif sévère a été posé par le Docteur P. \_\_\_\_\_ justifiant une nouvelle incapacité de travail totale depuis 2005. L'épisode dépressif étant actuellement en rémission, nous estimons que la capacité de travail est entière."

**B.** Le 20 juin 2008, l'OAI, confirmant un projet de décision du 18 avril 2008, a rendu une décision de refus de rente, retenant en substance ce qui suit: L'assuré avait fait une première demande de prestations le 2 septembre 2009. Par décision du 15 mai 2002, l'OAI avait refusé le droit aux prestations du fait que le degré d'invalidité n'atteignait pas au moins 40%, en raison d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le 7 avril 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations. L'OAI a fait réaliser un nouvel examen approfondi par le SMR, puis a ordonné une expertise interdisciplinaire rhumatologique (examen des 19 avril et 9 mai 2007), dont il résultait que l'assuré présentait des problèmes essentiellement rhumatologiques. Le Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre, atteste une incapacité de travail totale pour un épisode dépressif sévère et s'appuie avant tout sur les douleurs somatiques pour justifier l'incapacité de travail. Du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail n'a pu être mis en évidence. En respectant les limitations fonctionnelles (éviter le port de charge de plus de 10 kg, les efforts avec le tronc penché en avant, les positions en porte à faux, les mouvements répétés du tronc), la capacité de travail est raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée. Dans son ancien métier, le salaire annuel brut de l'assuré serait actuellement de 50'770 fr. 37; dans des activités adaptées à son état de santé (comme par exemple aide de garage, lavage et réparation de caravanes, manoeuvre cariste, nettoyeur de bouteilles de vin ou serveur aux presses et contrôle), il pourrait réaliser un revenu annuel brut

de 49'742 fr. 63. La comparaison des revenus donne ainsi un degré d'invalidité de 2.02%, de sorte que le droit à la rente n'est pas ouvert.

**C.**           **a)** L'assuré recourt contre cette décision par acte du 14 juillet 2008. Il fait valoir que les problèmes physiques sont toujours présents avec parfois des douleurs intolérables et que des problèmes psychiques sont venus se greffer là-dessus; il est régulièrement suivi depuis 3 ans par un psychiatre et est actuellement incapable de travailler. Le recourant critique l'expertise psychiatrique du 9 mai 2007, en disant qu'il a été vu pendant 20 minutes par un psychiatre qu'il n'a pas pu comprendre et que l'on devrait prendre en compte l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, son psychiatre traitant. Le travail exigible dans un garage avec une limitation de port de charge de 10 kg serait irréaliste. Enfin, le recourant indique n'avoir rien compris à la comparaison des salaires aboutissant à un degré d'invalidité de 2%. A titre de conclusion, il demande de prendre en compte son recours.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse produite avec le dossier le 22 janvier 2009, l'OAI indique n'avoir rien à ajouter à sa décision.

**c)** Informé le 30 janvier 2009 de la faculté qu'il avait de consulter le dossier et invité à produire un certificat médical, le cas échéant actualisé, de son médecin psychiatre, le recourant a produit un bref certificat médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 10 février 2009, dont la teneur est la suivante:

"L'état de santé de M. K.\_\_\_\_\_ est toujours inchangé comme j'ai décrit dans mon rapport à l'OAI en juin 2006.

A mon avis il existe chez lui une incapacité de travail à 100% due aux troubles psychiques et physiques majeurs."

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. 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 auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal 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 (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à ses problèmes rhumatologiques.

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

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'article 17 alinéa 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans

formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; RCC 1984 p. 95; VSI 1997 p. 79; VSI 2000 p. 63).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 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; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

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, cons. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

**c)** L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

En outre, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1; TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 3.2), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

**4. a)** En l'espèce, l'OAI, conformément à son devoir d'instruction découlant de l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282, consid. 4a; RAMA 1985 p. 235, consid. 4), a mandaté le centre d'expertise médicale à Genève pour une expertise rhumato-psychiatrique (cf. lettre A.f supra). Le rapport d'expertise interdisciplinaire du 17 septembre 2007 répond pleinement aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3b supra). En effet, la question de la capacité de travail du recourant sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique y a fait l'objet d'une étude circonstanciée, fondée sur un dossier médical complet et sur

les examens cliniques rhumatologique du 19 avril 2007 et psychiatrique du 9 mai 2007; par ailleurs, ce rapport prend dûment en considération les plaintes du recourant, il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions sont claires et bien motivées.

**b)** Il résulte du rapport d'expertise interdisciplinaire du 17 septembre 2007 que sur le plan rhumatologique, le recourant présente des lombalgies communes, en relation avec une discopathie protrusive L5-S1 sans conflit discoradiculaire; les douleurs sont d'allure mécanique, aggravées principalement par le port de charges (plus de 10 kilos) et lors de positions du tronc penché en avant. L'examen ostéo-articulaire montre une mobilité lombaire conservée avec une sensibilité plutôt modérée de la charnière lombosacrée; il n'y a pas d'irritation ou de déficit radiculaire aux membres inférieurs. Dans l'ensemble, les experts du centre d'expertise médicale retiennent ainsi les mêmes diagnostics que les médecins du SMR dans leur rapport d'examen du 20 août 2001 (cf. lettre A.a supra), à savoir des lombalgies communes associées à une discopathie protrusive L5-S1, toutefois peu évolutive au vu des nouvelles radiographies de la colonne lombaire du 19 avril 2007. Ils concluent ainsi que d'un point de vue somatique, l'appréciation fonctionnelle reste identique, à savoir une incapacité de travail dans les activités contraignantes pour le dos - comprenant principalement le port de charges lourdes ou les positions contraignantes en porte-à-faux - mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ces limitations.

En l'absence de tout élément qui permettrait de remettre en cause l'appréciation concordante des experts - dûment motivée et fondée sur des examens complets - selon laquelle le recourant présente, sur le plan somatique, une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter le port de charge de plus de 10 kg, les efforts avec le tronc penché en avant, les positions en porte à faux, les mouvements répétés du tronc), il n'existe aucun motif de s'écarter de cette appréciation (cf. consid. 3c supra).

**c)** Sur le plan psychiatrique, il résulte du rapport d'expertise interdisciplinaire du 17 septembre 2007 que l'expert psychiatre pose les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F 33.4) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), ce dernier diagnostic étant motivé par les exagérations intentionnelles de certains symptômes qui ont pu être constatées à plusieurs reprises durant l'examen; l'expert psychiatre estime que l'assuré ne présente aucun trouble psychiatrique pouvant affecter sa capacité de travail.

Dans leurs réponses aux questions relatives à l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail, les experts du centre d'expertise médicale font état du diagnostic d'épisode dépressif sévère posé le 30 juin 2006 par le Dr P.\_\_\_\_\_, qui justifiait selon ce dernier une incapacité de travail totale depuis 2005 (cf. lettre A.d supra); ils estiment que, l'épisode dépressif étant actuellement en rémission, la capacité de travail est entière sur le plan psychiatrique. Dès lors que les experts du centre d'expertise médicale ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant antérieurement à 2007, il convient d'examiner si une incapacité de travail d'origine psychique - une telle incapacité étant clairement exclue sur le plan somatique (cf. consid. 4b supra) - durable (soit ayant duré une année au moins sans interruption notable; cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) peut être retenue en 2005/2006 sur la base du rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2006.

Or tel ne saurait être le cas. En effet, ce médecin retenait un état dépressif sévère sur la base des plaintes de l'assuré - dont l'expert du centre d'expertise médicale a constaté qu'il tendait à les augmenter intentionnellement - et d'un test de Hamilton effectué le 14 juin 2006 qui avait donné un score de 25 à la limite de la dépression sévère. En outre, comme l'a relevé le médecin du SMR dans son avis du 15 janvier 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'appuyait sur les douleurs somatiques pour justifier une incapacité de travail (cf. lettre A.e supra). D'ailleurs, dans son certificat médical du 10 février 2009, Dr P.\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé du recourant est toujours inchangé par rapport à celui décrit dans son rapport

du 30 juin 2006, et il répète sa conviction qu'il existe chez le recourant une incapacité de travail à 100% due aux troubles psychiques et physiques majeurs. Ainsi, non seulement l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'état de santé du recourant n'a pas évolué depuis 2005/2006 est-elle infirmée par le rapport d'expertise médicale du 17 septembre 2007, mais encore l'appréciation de la capacité de travail du recourant se fonde-t-elle, en 2006 comme en 2009, sur des douleurs somatiques qui ne sont pas du ressort de la psychiatrie. En l'absence d'éléments objectifs suffisants d'ordre psychiatrique, les constatations du Dr P. \_\_\_\_\_ doivent être prises avec la réserve qu'impose sa position de médecin traitant, enclin par une empathie naturelle propre au mandat thérapeutique à se prononcer en faveur de ses patients (cf. consid. 3c supra); elles ne permettent ainsi pas de retenir qu'il aurait existé avant 2007, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail durable au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

**d)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant présente une capacité de travail raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées à ses problèmes rhumatologiques. Dès lors que la comparaison des revenus – dont les éléments chiffrés ne sont pas contestables – aboutit à une perte économique et donc à un degré d'invalidité de 2.02%, très largement inférieur au seuil de 40% qui ouvrirait le droit à un quart de rente et au seuil de 20% qui ouvrirait, à certaines conditions, le droit au reclassement dans une nouvelle profession (cf. consid. 3a supra), le recours ne peut qu'être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**5.** 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 fr. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du

recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cents cinquante francs) est mis à la charge du recourant K.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- K.\_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: