

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 avril 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Rossier et M. Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

P. _____, à Nyon, recourant, représenté par Me Albert Graf, avocat à Nyon,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 LAI

E n f a i t :

A. **a)** P._____ (ci-après: l'assuré), né [...] 1964, marié et père de deux enfants, ayant été occupé en qualité de manœuvre du bâtiment depuis décembre 1994, présente une incapacité totale de travail depuis le 23 septembre 1997. Le 4 novembre 1998, il a déposé une demande de prestations AI, en indiquant comme atteinte à la santé "hernie discale". Par décision du 11 décembre 2000, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

b) Dans le cadre du recours interjeté par l'assuré contre cette décision, la Cour chargée de trancher l'affaire au fond a ordonné la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire qui a été confiée au COMAI [...]. Dans leur rapport du 7 octobre 2005, les experts du COMAI [...], les Drs H._____, spécialiste FMH en rhumatologie FMH, B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste FMH en neurologie, ont retenus les troubles de la santé, présentés par l'assuré, suivants:

- Troubles somatoformes douloureux persistants;
- Discopathies lombaires (protrusions discales L3-L4 et L4-L5);
- Status après résection d'une plica synoviale du genou droit en 1996;
- Séquelles radiologiques d'une tuberculose pulmonaire;
- Status après plusieurs opérations de hernies inguinales;
- Status après excision d'un lipome du quadrijumeau le 2 septembre 2003 avec probable atteinte des fibres sensibles extra-lemnisciales per-opératoires (syndrome Dejerine-Roussy);
- Surcharge pondérale.

Sur le plan psychiatrique, les experts du COMAI ont considéré que l'expertisé ne présentait aucun élément psychopathologique. Ils ont en outre relevé qu'il n'était pas sous traitement psychotrope, antidépresseur, neuroleptique ou tranquillisant. Les deux traitements antidépresseurs qu'aurait suivis l'assuré auraient été rapidement

abandonnés en raison des effets secondaires. Ils ont également retenu que la personnalité de l'assuré était compensée et que celui-ci ne présentait pas de trouble grave de la personnalité susceptible d'interférer avec la vie quotidienne; par ailleurs, sa vie sociale était conservée, l'expertisé gardant de fréquents contacts avec sa famille élargie et les rencontrait volontiers. Selon les experts du COMAI, l'expertisé ne présentait aucune comorbidité psychiatrique ni perte d'intégration sociale. Ils ont par ailleurs estimé qu'une évaluation dans un centre spécialisé de type Afiro n'était pas nécessaire, dès lors que, comme l'assuré estimait sa capacité de travail nulle dans quelque activité que ce soit, toutes mesures d'évaluation s'avèreraient faussées par la représentation "d'invalidé" de l'expertisé. En outre, à la différence des médecins du DUPA, ils n'ont pas attesté un épisode dépressif moyen, considérant que la situation de l'assuré ne permettait pas de conclure à une telle atteinte selon la CIM-10.

Les experts ont conclu que, sur les plans locomoteur, neurologique et psychique, l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité légère, n'exigeant ni le port de charges lourdes, ni un engagement physique important.

Dans son jugement du 8 mai 2006 (AI 28/01), le Tribunal des assurances a considéré que l'expertise du COMAI [...] du 7 octobre 2005 revêtait pleine valeur probante. Il a par conséquent rejeté la requête de nouvelle expertise psychiatrique présentée par l'assuré et rejeté le recours.

B. a) Le 12 janvier 2007, P._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "troubles neurologiques, etc."

b) Le médecin traitant de l'assuré, le Dr U._____, médecin généraliste, a adressé le 29 mai 2007 un rapport médical à l'OAI, accompagné de plusieurs rapports de consilium. Le Dr U._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants:
- Etat dépressif sévère (depuis 2005);

- Syndrome de Landouzy-Dejerine postopératoire (depuis septembre 2003);
- Lombosciatalgies chroniques (depuis 1997).

Ce médecin a estimé que l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré, déclarant uniquement que celui-ci n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis 1997.

c) Dans un rapport médical adressé à l'OAI du 15 février 2007, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assuré depuis le 5 septembre 2006 à la permanence [...], a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants:

- Trouble douloureux associé à une affection médicale générale chronique suite à une opération neuro-chirurgicale (depuis 2004);
- Trouble dépressif majeur chronifié (depuis 2006).

Ce médecin a relaté une opération pour tumeur bénigne au niveau intra-crânien, suite à laquelle des douleurs importantes et rebelles au traitement habituel sont apparues. Ces douleurs étaient à l'origine d'un trouble dépressif grave. Malgré l'introduction d'un antidépresseur, il n'y avait pas eu d'amélioration de la thymie. Ces douleurs et la dépression rendaient, selon ce médecin, toute mesure professionnelle impossible et aucune activité n'était exigible.

Dans un avis médical du 18 avril 2007, le SMR a estimé peu crédible l'opinion du Dr U._____, selon laquelle l'état de santé de l'assuré se serait aggravé au plan psychiatrique par un "état dépressif" depuis 2005; en effet, lors de l'examen au COMAI en juin 2005, aucun trouble n'avait été constaté et ni le médecin traitant ni l'avocat de l'assuré n'avaient fait état d'aggravation au plan psychiatrique jusqu'en mai 2006 (époque du jugement du Tribunal des assurances). Le SMR a considéré que le rapport du Dr Q._____ était succinct et non étayé (absence d'informations s'agissant de la fréquence des consultations, la compliance, le status, etc.).

d) L'OAI a confié une expertise psychiatrique à la Dresse B._____, qui a procédé à un examen le 14 janvier 2008. Le rapport d'expertise du 31 janvier 2008 contient l'histoire médicale selon le dossier - notamment en ce qui concerne l'atteinte neurologique présentée par l'assuré -, l'anamnèse, les plaintes et données subjectives de l'assuré, le status clinique, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis septembre 2006 environ, l'appréciation du cas et le pronostic ainsi que les réponses aux questions.

Il ressort de cette expertise que, bien que l'assuré ait déclaré avoir pris ses médicaments, seul le principe actif d'un de ces médicaments a été détecté dans son sang, quoique dans une mesure inférieure à la valeur de référence. Le principe actif des autres médicaments prescrits était indétectable. La Dresse B._____ n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin a retenu un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis septembre 2006 environ, qui ne devrait pas empêcher une adaptation professionnelle. Elle a estimé que, sur le plan psychique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle. Il lui semblait impératif que l'expertisé prenne journalièrement son traitement antidépresseur afin de stabiliser sa thymie.

e) Dans un rapport d'examen du 13 février 2008, le SMR a retenu que l'assuré présentait, depuis septembre 2009, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, et une capacité entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges lourdes, porte-à-faux du rachis et positions statiques assis/debout prolongées).

Le 4 août 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, exposant en substance ce qui suit:

L'assuré présente pour des raisons de santé une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 20 mars 2007. Suite à l'expertise de la Dresse B._____, l'OAI constate que son ancienne activité de manœuvre est contre-indiquée mais que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le revenu de manœuvre, soit 45'760 fr. 52, doit être comparé avec un revenu d'invalidé résultant des données statistiques, soit, après un abattement de 15%, à un revenu d'invalidé de 45'629 fr. 10. Le degré d'invalidité de 0,28% n'ouvre pas le droit à une rente ni à des mesures de reclassement.

f) Par courrier du 4 décembre 2008, l'assuré a contesté ce projet de décision et a requis la mise en œuvre d'une réévaluation neurologique ainsi que, pour le surplus, une contre-expertise psychiatrique "compte tenu de la regrettable subjectivité manifestée".

Le 15 janvier 2009, l'OAI a estimé que le courrier du 4 décembre 2008 n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et a, dès lors, rendu une décision identique à son projet du 4 août 2008.

C. a) L'assuré recourt contre cette décision par acte du 19 février 2009. Il estime le dossier complet au niveau des faits et rappelle les différents épisodes de santé difficiles depuis 1997. Le recourant rappelle que la décision attaquée se fonde sur la seule expertise de la Dresse B._____, qu'il remet en cause pour plusieurs raisons: antipathie, récusation, conclusions inadaptées et surfaites, inadéquation de l'observation. Une réévaluation neurologique s'avère à son sens nécessaire, une expertise psychiatrique étant insuffisante. Le recourant réclame un abattement, sur le revenu d'invalidé résultant des données statistiques, de 25% au lieu de 15%. A titre de mesures d'instruction, il réclame une contre-expertise psychiatrique complète auprès d'un expert totalement neutre ainsi qu'une expertise neurologique. Sur le fond, il conclut à l'allocation d'une rente entière, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 600 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 4 mai 2009, l'OAI rappelle que selon la jurisprudence, une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être accordée qu'à des conditions qui ne sont pas réunies en l'espèce et non pour le seul motif que les avis au dossier aboutissent à des conclusions opposées à celles que la partie aurait souhaitées. Or en l'espèce, le Tribunal des assurances a déjà eu l'occasion de se prononcer sur la valeur probante des expertises de la Dresse B._____. En effet, dans son jugement du 8 mai 2006, il avait considéré que l'expertise réalisée le 7 octobre 2005 au COMAI [...] par l'entremise de la Dresse B._____ avait pleine valeur probante (consid. 6b du jugement du 8 mai 2006). Dans la mesure où les arguments du recourant ne permettent pas de mettre en doute l'impartialité de la Dresse B._____, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise. Quant à l'abattement contesté par le recourant, il est conforme à la jurisprudence et tient compte de l'ensemble de la situation du recourant. Au vu de l'état de santé de l'assuré qui ne s'est pas modifié depuis la décision initiale (du 11 décembre 2000), l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

c) Dans sa réplique du 13 juillet 2009, le recourant produit un avis médical du Dr Q._____ du 22 mai 2009, qui selon lui démontre sur la base d'éléments très sérieux que l'expertise neurologique demandée dans le mémoire de recours est nécessaire. Il relève encore que le Prof. V._____, dans un passage d'un courrier du 11 avril 2006 qui a été tronqué dans l'expertise B._____, "demand[ait] au Dr Z._____ de [lui] faire parvenir son opinion dès lors qu'il a[vait] procédé récemment à des infiltrations épidurales vraisemblablement". Subsidiairement aux expertises neurologique et psychiatrique, le recourant réserve l'audition comme témoin du Dr U._____, son médecin traitant.

Dans son avis médical du 22 mai 2009 adressé au conseil du recourant, le Dr Q. _____ expose notamment ce qui suit:

"Monsieur P. _____ a eu une tumeur au cerveau, l'opération s'est compliquée par des douleurs insoutenables constatées et confirmées par des éminents neurologues et autres spécialistes.

Comme cela est admis que les douleurs chroniques sont à l'origine d'une dépression, Monsieur P. _____ a déprimé et entre dans le cercle vicieux: Douleurs -> Dépression -> diminution du seuil de la douleur -> douleur intense -> dépression.

Première expertise en 2005 par la doctoresse B. _____, selon elle, il peut travailler. Deuxième expertise 'chez le même médecin' qui a fait une bonne évaluation et partant de beaucoup 'd'a priori' pour arriver à la conclusion que la rente AI n'est pas nécessaire (déjà vu en 2005, il sent mauvais, il est ennuyant, accompagné à la gare, il ne manifestait pas de symptômes douloureux!!!).

L'examen du sang montrait que Monsieur P. _____ prenait pas correctement l'antidépresseur, ceci est problématique;

Par ailleurs, dans mon esprit, une nouvelle expertise 'neurologique' et non psychiatrique est nécessaire pour évaluer les séquelles de l'opération et bien préciser du côté 'neurologique' la capacité de travail. J'insiste sur le fait que l'anesthésie profonde des nerfs provoque dans les 2 à 3 jours suivant une exaspération des douleurs et par la suite les douleurs commencent à diminuer. Pour cette raison, et beaucoup de malades y compris Monsieur P. _____ réagissent mal sur l'infiltration et refusent de poursuivre ce type de traitement.

J'espère que ces quelques lignes peuvent aider la procédure de Monsieur P. _____"

d) Dans sa duplique du 28 septembre 2009, l'OAI estime que le courrier du 22 mai 2009 du Dr Q. _____ n'apporte pas d'éléments médicaux susceptibles de remettre en cause les conclusions du rapport d'examen SMR du 13 février 2008. Il se réfère à cet égard à un avis médical SMR du 16 septembre 2009, auquel il déclare se rallier entièrement et dont il ressort notamment ce qui suit:

"Vous me demandez de vous faire part de notre appréciation médicale concernant la lettre du Dr Q. _____, psychiatre FMH, datée du 22.05.2009: il n'apporte pas d'élément médical nouveau, que ce soit par rapport à l'anamnèse ou par rapport aux symptômes cliniques. Il retient une théorie concernant les effets psychologiques de la douleur chronique, qui est bien connue. Il retient que la Dresse B. _____, dans son expertise de 2008, a fait une bonne évaluation / qu'elle est partie de beaucoup 'd'a priori' (mais sans le démontrer) / que l'examen de sang montrait que M. Office de l'assurance-

invalidité pour le canton de Vaud ne prenait pas correctement l'antidépresseur (ceci est problématique a-t-il conclu) / Le Dr Q._____ demande une nouvelle expertise psychiatrique ainsi qu'une expertise neurologique.

Il s'agit maintenant d'apporter la précision suivante à l'intention de Me Graf qui considère que l'expert B._____ manifeste 'une subjectivité crasse difficilement compatible avec son rôle de médecin': les examens de sang pratiqués lors de l'expertise 2008 avaient montré l'absence d'Imipramine (antidépresseur) alors que l'assuré avait affirmé avoir consommé le dernier comprimé de 25 mg 15h45 avant la prise de sang, l'absence de tramadol et paracétamol (Zaldiar, antalgique) alors que l'assuré avait affirmé en avoir pris 4h45 avant la prise de sang, enfin la concentration insuffisante de clonazépan (Rivotril) inférieur à la dose minimum efficace reconnue alors que l'assuré avait affirmé une prise de 0,5 mg 3h45 et 3 avant la prise de sang. Remarque: étrangement Me Graf n'avait pas relevé cette observation de la Dresse B._____, qui était pourtant on ne peut plus objective et scientifique puisqu'elle faisait appel à des preuves chiffrées et indiscutables de résultats de laboratoire à mettre en confrontation avec les dires de l'expertisé.

Pour ce qui est de la nouvelle expertise psychiatrique réclamée, il n'y a formellement et d'un point de vue asséurologique aucune raison de la mettre en place, car le rapport d'expertise de la Dresse B._____ de 2008 répond aux critères médico-juridiques lui donnant valeur probante / car le Dr Q._____ n'apporte aucun élément médical nouveau au plan psychiatrique.

Pour ce qui est de l'expertise neurologique réclamée par le Dr Q._____ et le conseil de l'assuré: là encore une fois elle n'a pas sa raison d'être, puisqu'il n'y a pas d'évidence d'aggravation: P._____ avait fait l'objet d'une évaluation neurologique approfondie lors du COMAI de 2005 / les éléments médicaux au dossier jusqu'en 10.2006 ne font état d'aucune aggravation / l'assuré a refusé les propositions de stimulation thalamique et médullaire / Parmi les documents postérieurs à 10.2006 que m'a faxés le Dr U._____, aucun ne fait mention d'aggravation manifeste (on savait les discopathies en L3-L4 et L4-L5 plus particulièrement qui, en mai 2009 'pourraient éventuellement' irriter la racine L5G, mais il n'y en a pas de traduction neurologique objective. Ces IRM lombaires ne démontrent pas d'aggravation manifeste.)

Nous pouvons retenir 3 éléments qui jettent un doute sur la réalité de l'intensité des douleurs annoncées par P._____ et l'invalidité qu'il leur attribue: l'assuré a refusé les traitements proposés pour soulager ses douleurs (stimulation thalamique et stimulation médullaire) / l'assuré n'est pas compliant aux traitements, en particulier aux médicaments antalgiques et antidépresseurs / l'assuré n'a repris aucune activité professionnelle depuis 10 ans, ce qui clairement favorise le repli sur les douleurs.

En conclusion l'assuré n'a pas apporté les éléments médicaux permettant de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 13.02.2008."

e) Le 2 octobre 2009, le juge instructeur a informé le recourant que ses requêtes tendant à la mise en œuvre d'une contre-expertise psychiatrique et d'une expertise neurologique étaient rejetées, l'avis des autres membres de la Cour qui serait appelée à statuer étant réservé, et que la requête subsidiaire tendant à l'audition comme témoin de son médecin traitant, le Dr U._____, était également rejetée, le recourant ayant la possibilité de faire parvenir au Tribunal un rapport écrit de ce praticien.

Dans le délai plusieurs fois prolongé qui lui a été imparti pour produire un rapport médical du Dr U._____, le recourant produit le 25 janvier 2010 un rapport médical du 21 janvier 2010 du Dr Q._____.

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 [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 (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 recevable en la forme.

b) 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, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c 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. 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; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question du droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité.

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 *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. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), 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.

b) aa) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré 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.

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; 134 V 322, consid. 4.1; TFA I 1034/06 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou qu'aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base notamment des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales; on procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalide, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25% (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 3b/aa et bb et 5a).

bb) Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il

incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

c) aa) 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Cela étant, selon la Haute Cour, 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, cons. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

bb) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire

lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

4. En l'espèce, le recourant remet en cause le bien-fondé de l'expertise réalisée le 31 janvier 2008 par la Dresse B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle n'avait, selon lui, notamment pas tenu compte de l'entier d'un courrier du Prof. Q._____. S'appuyant sur l'avis du 22 mai 2009 du Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il estime en outre qu'une évaluation neurologique est nécessaire pour établir sa capacité de travail.

a) Le rapport d'expertise B._____ contient l'histoire médicale selon le dossier, l'anamnèse, les plaintes et données subjectives de l'assuré, le status clinique, le diagnostic, l'appréciation du cas, le pronostic et les réponses aux questions. Il apparaît ainsi complet, fouillé et cohérent. En outre, le fait que ce médecin ait déjà examiné le recourant (évaluation du COMAI [...] en 2005) ajoute de la crédibilité à son expertise de 2008. N'étant par ailleurs entaché d'aucun point discutable ni contradiction et s'avérant de surcroît conforme aux conditions jurisprudentielles en la matière, on ne peut que reconnaître valeur probante au rapport d'expertise B._____.

S'agissant du passage qu'aurait tronqué l'experte, il n'apparaît pas comme pertinent pour évaluer le degré d'invalidité du recourant. En effet, on ne voit pas en quoi l'opinion du Dr Z._____, spécialiste FMH en anesthésie, s'agissant d'infiltrations épidurales serait pertinente en la matière. Au demeurant, le recourant ne motive pas en quoi le passage "tronqué" serait essentiel, tout du moins pertinent. Il n'a par ailleurs jamais produit de pièce ni fait part de toute autre manière de l'opinion du Dr Z._____.

Dans ces circonstances, rien ne s'oppose à ce qu'il soit reconnu valeur probante à l'expertise de la Dresse B._____.

b) Le seul avis médical, postérieur à l'expertise du COMAI [...], qui diverge de celui de la Dresse B._____ est celui du Dr Q._____, lequel retient comme diagnostic apparu après l'expertise précitée un trouble dépressif majeur chronifié depuis 2006. Un tel trouble pourrait représenter une aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2005. Ce trouble dépressif aurait pour origine des douleurs importantes résultant d'une opération pour tumeur bénigne au niveau intra-crânien - opération qui ne ressort au demeurant pas des pièces au dossier. Le Dr Q._____ relève que malgré l'introduction d'un antidépresseur, il n'y a pas eu d'amélioration de la thymie. Outre le fait que l'avis du médecin traitant doit conformément à la jurisprudence être admis avec réserve, le rapport du Dr Q._____ est trop succinct (aucun historique ni anamnèse, aucune classification CIM, test mentionné non annexé, motivation insuffisante) et ses arguments pas suffisamment étayés pour qu'il puisse être attribué valeur probante à ce rapport. Dans ces circonstances, l'expertise de la Dresse B._____, laquelle n'a pas retenu un tel diagnostic, doit l'emporter. Au demeurant, de l'avis même du psychiatre traitant, la Dresse B._____ a réalisé une bonne évaluation (cf. avis du 22 mai 2009).

Au vu de ce qui précède, on doit retenir que l'état de santé du recourant est demeuré stationnaire depuis l'expertise du COMAI [...], expertise dont la valeur probante est incontestable et qui demeure pertinente en l'espèce. En tout état de cause, même si l'on devait admettre l'existence d'un trouble dépressif majeur chronifié depuis 2006, il conviendrait de retenir que, lors de la seconde expertise de janvier 2008, la Dresse B._____ a, contrairement au psychiatre traitant, réalisé des prises de sang afin de déterminer la présence de principes actifs des médicaments prescrits - en l'occurrence des antidépresseurs - dans l'organisme du recourant. Or, il s'est avéré que ceux-ci étaient pour la quasi-totalité inexistantes, le seul détecté étant inférieur à la valeur de référence. Sur la base de ces données objectives, on ne peut que constater que le recourant suit de manière insatisfaisante, voire ne suit

pas, le traitement prescrit. Dans son avis du 22 mai 2009, le psychiatre traitant ne conteste aucunement ce défaut de compliance de la part du recourant, se contentant uniquement de déclarer cela problématique. Dans ces circonstances, l'absence d'amélioration de la thymie peut selon toute vraisemblance être imputée au défaut de compliance au traitement prescrit.

En ce qui concerne la mise en œuvre d'une évaluation neurologique, le recourant n'a pas démontré en quoi celle-ci serait nécessaire pour évaluer son degré d'invalidité. Il ne peut se prévaloir d'aucun élément objectif qui permettrait de penser que l'évaluation neurologique effectuée en 2005 au COMAI [...] ne serait pas ou plus pertinente, d'autant plus que la valeur probante de celle-ci a été discutée et reconnue par le Tribunal des assurances (AI 28/01). Par ailleurs, l'atteinte neurologique a été prise en considération dans l'expertise B._____.

c) Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant est claire et ne requiert dès lors aucune mesure d'instruction complémentaire. Le recourant n'a pas su démontrer à satisfaction de droit présenter une atteinte à la santé, ni même une aggravation de celle-ci, invalidante au sens de la LAI. Dès lors, c'est à bon droit que l'OAI a retenu que le recourant présentait un degré d'invalidité de 0,28% ne lui donnant pas droit à une rente d'invalidité. La question du taux d'abattement retenu par l'OAI, qui *a priori* ne prête pas le flanc à la critique, peut demeurer ouverte, car même un abattement maximal de 25%, réclamé par le recourant, ne permettrait d'atteindre ni le degré d'invalidité de 20% nécessaire à l'ouverture d'un droit à des mesures professionnelles (ATF 124 V 108, consid. 2), ni à plus forte raison celui de 40% ouvrant le droit à une rente.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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, un émolument judiciaire, qui doit être arrêté à 400 fr., sera mis à la charge du recourant, celui-ci succombant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant P._____.
- 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:

- Me Albert Graf (pour P. _____),
- 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: