

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mars 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gasser et Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean Oesch, avocat à La Chaux-de-Fonds,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____, né en 1962, originaire de Bosnie-Herzégovine, est arrivé en Suisse le 1^{er} septembre 1997, en provenance de Bosnie où il avait vécu, depuis 1992, la guerre et les événements de cette époque en ex-Yougoslavie. Après la fin de sa scolarité obligatoire, il a accompli un apprentissage de machiniste-serrurier. Il a eu plusieurs employeurs en Suisse à partir de 1999 (d'après un extrait du compte individuel AVS). Il a notamment travaillé de mai à novembre 2004 pour la société F._____ SA, à A._____, en qualité de préparateur (réception de la marchandise, préparation des commandes). Il a lui-même résilié ce contrat "pour la simple raison que cette entreprise n'a pas de travail fixe (à 100 %) à [lui] proposer" (lettre à l'employeur du 22 novembre 2004).

B. Le 9 juillet 2007, C._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en soutenant être totalement incapable de travailler dans sa profession actuelle à partir du mois de février 2003. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a instruit cette demande et a requis des renseignements du médecin traitant de l'assuré, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine interne à T._____. Dans son rapport médical du 24 octobre 2007, ce médecin expose ce qui suit:

"Il s'agit d'un patient originaire de Bosnie en Suisse depuis 5 ans. Durant la guerre, il a été soldat et a assisté au massacre de ses camarades par les forces serbes [sic] à Srebrenica. Depuis lors, il présente un état de stress post-traumatique ayant nécessité différentes thérapies antidépressives et un suivi psychothérapeutique actuellement par une psychologue travaillant pour le Dr G._____ (Mme S._____). La situation psychique est toujours délicate avec un fond anxieux et dépressif, avec une décompensation dépressive importante dès le mois de mars 2006, s'étant améliorée sous traitement de Remeron. Il présente par ailleurs des douleurs chroniques des 2 genoux et a été vu à plusieurs reprises par le Dr B._____ à T._____. Un diagnostic de tendinite a été posé. Il présente par ailleurs des douleurs chroniques du genou gauche post-trauma en 1998, ayant nécessité une immobilisation plâtrée de 6 semaines. Une évaluation orthopédique à la Policlinique X._____ a été faite dont je n'ai pas les détails. Il n'y a actuellement pas de lésions radiologiques. Le patient présente par ailleurs des douleurs de toute la colonne vertébrale,

actuellement sans substrat anatomique. Plusieurs épisodes de lombosciatalgies ont été traités par un traitement antalgique classique. Une hernie inguinale gauche devrait être prochainement opérée.

En résumé, Monsieur C._____ présente actuellement une incapacité de travail de 100% dans son travail de serrurier en raison des douleurs des genoux et de la colonne vertébrale. Les douleurs du genou droit sont présentes depuis 1998, sans amélioration nette. La tendinite du genou gauche devrait pouvoir être améliorée par des mesures médicales, mais un traitement de physiothérapie n'a actuellement pas amené de bénéfice. Sa capacité de travail est aussi diminuée en raison la problématique psychique (état de stress post-traumatique). Un avis psychiatrique serait nécessaire pour estimer plus précisément sa capacité de travail.

Du point de vue professionnel, Monsieur C._____ a une formation de serrurier et n'a pas fait d'autres études. La priorité devrait donc être accordée à un reclassement professionnel plutôt qu'à une rente."

Un rapport médical a également été remis à l'Office AI le 15 novembre 2007 par le Dr D._____, médecin-assistant au service d'orthopédie de l'Hôpital M._____, qui a mentionné un traitement, terminé en janvier 2007, après une fracture au bras droit (fracture de la tête radiale, arrêt de travail à 100% du 15 novembre 2006 au 10 janvier 2007). Selon ce rapport, l'évolution était favorable au dernier contrôle, avec une fonction du coude normale et sans douleur.

L'Office AI a demandé au Service médical régional (ci-après: le SMR) d'effectuer un examen bi- disciplinaire psychiatrique et rhumatologique. Cet examen a eu lieu le 6 mars 2008. Le rapport, daté du 31 mars 2008, signé par la Dresse U._____ (rhumatologue, ancienne médecin-chef adjointe en psychiatrie) et le Dr R._____ (psychiatre FMH), mentionne en introduction que l'examen a été fait "avec l'assistance d'un traducteur de langue bosniaque". A la suite des chapitres "anamnèse" et "status", les diagnostics suivants sont indiqués:

- "- avec répercussion sur la capacité de travail:
- gonalgies gauches résiduelles dans le cadre d'un status post-ménisectomie arthroscopique le 24.01.2008, ébauche de gonarthrose bilatérale et fémoro-patellaire gauche. (M17.3)
- lombalgies gauches chroniques non déficitaires dans le cadre d'un trouble de la statique rachidienne et de dysbalances musculaires. (M54.5)
- aucun sur le plan psychiatrique.

- sans répercussion sur la capacité de travail:
- excès pondéral (BMI 27.5).
- status post fracture du coude D avec douleurs résiduelles.
- hernie inguinale G non opérée.
- reflux gastro-oesophagéen.
- dysthymie (F34.1)."

A propos du "status psychiatrique", les auteurs du rapport ont notamment relevé:

"La présentation et le contact de l'assuré sont bons. La collaboration est incertaine, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne [...]. Le discours est cohérent, on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée. L'assuré partage le focus d'attention. Il est à noter que pendant tout l'entretien qui durera 1h15, l'assuré ne prend aucune position antalgique."

Dans le chapitre "appréciation du cas", le rapport conclut, sur le plan somatique, que "les atteintes ostéo-articulaires objectivables ne justifient en aucun cas une incapacité de travail de longue durée; dans une activité qui ne sollicite pas le genou gauche, la capacité de travail est entière".

Sur le plan psychiatrique, la conclusion est la suivante:

"En dehors de ce diagnostic de dysthymie, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous pouvons donc conclure que l'examen ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée."

Auparavant, à propos du diagnostic d'état de stress post-traumatique mentionné par le Dr L. _____, ce rapport expose ce qui suit:

"La CIM-10 précise que ce diagnostic ne peut être retenu au-delà de six mois succédant un événement traumatique, qui s'est déroulé pour l'assuré dans la période de 1992 à 1997. D'autre part si l'assuré précise l'existence de rêves, nous ne retrouvons pas, lors de l'examen, le contexte habituel de ce type de diagnostic avec

"anesthésie psychique", émoussement émotionnel, détachement par rapport aux autres, insensibilité à l'environnement, anhédonie."

Les auteurs du rapport ont retenu comme limitations fonctionnelles la nécessité d'éviter "la position statique prolongée debout, en flexion et rotation du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée", ainsi qu'une limite occasionnelle à 15 kg pour le port de charges. En conclusion, ils ont exposé que, dans toute activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était totale et l'avait toujours été (en dehors d'incapacités de travail de courte durée en raison de la fracture du coude droit et d'une opération au genou gauche).

C. L'Office AI a adressé à l'assuré, le 22 juillet 2008, un projet de décision (préavis) dans le sens d'un refus de prestations de l'AI (rente ou reclassement professionnel).

C._____ a écrit à l'Office AI le 29 juillet 2008 pour annoncer qu'il allait se déterminer sur ce projet. Son médecin, le Dr L._____, a écrit le 26 août 2008 pour manifester sa surprise à propos du "rejet du diagnostic d'état de stress post-traumatique, ce diagnostic ayant été posé par un professionnel de l'association I._____". L'assuré lui-même a écrit le 29 août 2008, en s'affirmant "très surpris des résultats" de l'examen du SMR, qui serait sur le plan psychiatrique en contradiction avec le diagnostic d'un spécialiste consulté depuis des années. Il a produit un "certificat médical" du 18 août 2008 du cabinet du Dr G._____ à T._____, établi à sa demande et signé par la Dresse K._____, psychiatre, ainsi que par la psychologue S._____ (qui lui procurent un soutien depuis l'arrêt d'un suivi psychologique auprès de l'association I._____). Ce document contient des éléments d'anamnèse (il rappelle notamment l'immigration en Suisse après la guerre en Bosnie) et il énonce les conclusions suivantes:

"Diagnostic

F43.1 Probable état de stress post traumatique

F32.2 Etat dépressif sévère

F41.0 Attaque de panique

Traitement

Un suivi psychothérapeutique individuel est mis en place afin de soutenir le patient dans sa situation actuelle et lui permettre d'accepter les événements survenus et d'envisager son existence de manière plus sereine. Une médication à base d'antidépresseurs et anxiolytiques est prescrite par son médecin traitant.

Discussion et pronostic

Le tableau clinique présenté par le patient fait état des résidus d'un état de stress post traumatique avec les intrusions et des réviviscences sous forme de flash backs et de cauchemars. La pathologie dépressive ne fait pas de doute avec des conduites d'évitement, de la tristesse, une perte de motivation et de volonté, ainsi qu'une perte d'envie de vivre et la présence de l'idéation suicidaire.

Cette pathologie s'accompagne des éléments anxieux et une activation neurovégétative sous forme d'insomnies, des troubles de concentration, des sursauts et une tension musculaire.

Le patient est manifestement souffrant. Le sommeil est perturbé, l'irritabilité importante et la perte de toute envie grandissante. Il a de la peine à penser et à se concentrer et pour lui son incapacité de travail est entière.

La durée de sa pathologie, sa chronicisation sont des éléments d'un mauvais pronostic et l'on exclu pas que l'on évolue ici vers une pathologie de longue durée."

Le SMR a été invité à se prononcer. Dans un avis du 5 décembre 2008 (signé par la Dresse E. _____ et le Dr N. _____), le SMR confirme ses précédentes conclusions à propos des diagnostics retenus et de la capacité de travail. Il précise qu'aucun élément en faveur d'un épisode dépressif sévère n'a pu être mis en évidence, ni lors de l'examen par le SMR ni dans le rapport de la Dresse K. _____, et que l'épisode dépressif a évalué favorablement sous traitement antidépresseur, l'assuré ayant du reste suspendu ce traitement (selon la liste des médicaments établie par le médecin traitant habituel).

D. L'Office AI a rendu le 16 février 2009 une décision signifiant à l'assuré qu'il n'avait pas de droit à des prestations de l'AI. Cette décision correspond au préavis du 22 juillet 2008. Elle retient que l'assuré ne subit aucun préjudice économique, car il est à même de reprendre son ancienne activité (dernier emploi dans la préparation de commandes) ainsi que toute autre activité adaptée à sa situation, à plein temps.

Dans une lettre du même jour, l'Office AI a fourni la motivation suivante:

"Dans son courrier du 18 août 2008, la Dresse K._____ retient un diagnostic de probable état de stress post-traumatique, d'état dépressif sévère et des attaques de panique.

En ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, retenu comme probable, nous pouvons tout au plus évoquer une modification durable de la personnalité après exposition à un événement stressant ou traumatique mais aucun symptôme clinique n'a été mis en évidence pour pouvoir soutenir un tel diagnostic lors de l'examen auprès de notre Service Médical Régional (SMR), de même que dans le document produit par la Dresse K._____.

En ce qui concerne les attaques de panique, à aucun moment la fréquence, l'intensité et la chronologie des attaques de panique ne sont clairement décrites par la Dresse K._____ ou la psychologue Mme [...] [recte: Mme S._____]. De plus, une telle symptomatologie n'était pas présente lors de l'examen SMR. De ce fait, ce diagnostic ne peut être retenu comme une atteinte à la santé à caractère incapacitant ou invalidant de longue durée.

En ce qui concerne l'état dépressif sévère retenu par la Dresse K._____, aucun élément du status médical ne permet de soutenir ce diagnostic. Par ailleurs, nous n'avons aucune information chronologique par rapport au moment où votre évaluation psychique a pu être effectuée par Mme K._____ ou par Mme [...] [recte: Mme S._____]. Les documents médicaux mis à disposition au dossier médical et confirmés par l'examen clinique SMR, retiennent bien un épisode dépressif. L'évolution sous traitement antidépresseur est signalée comme favorable. Lors de l'évaluation auprès du SMR, aucun élément en faveur d'un état dépressif sévère n'a pu être mis en évidence.

En ce qui concerne le trouble ostéoarticulaire, les atteintes à la santé retenues par le SMR (gonalgies gauches résiduelles dans le cadre d'un status après lésion en 1998, post ménissectomie arthroscopique le 24 janvier 2008, ébauche de gonarthrose bilatérale et fémoropatellaire gauche ainsi que lombalgies chroniques gauches non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique rachidien et de dysbalances musculaires qui n'ont pas de répercussions franches sur la capacité de travail, hormis lors de travaux lourds dans des positions vicieuses) sont superposables à celles indiquées dans les différents éléments du dossier médical mis à disposition.

L'examen SMR sur le plan rhumatologique conclut à des limitations fonctionnelles claires en relation avec les troubles ostéoarticulaires présentés. Sur la base de ces limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail est retenue dans toute forme d'activité professionnelle qui respecte les limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne votre activité habituelle, il est extrêmement difficile de se prononcer sur celle-ci du fait que vous n'avez travaillé

que de manière sporadique. Mais comme indiqué précédemment, vous présentez une pleine capacité de travail, donc de gains, dans toute activité lucrative qui respecte les limitations fonctionnelles susmentionnées et qui ne nécessite aucune formation professionnelle au préalable."

E. Agissant le 24 mars 2009 par la voie du recours de droit administratif, C._____ — désormais représenté par Me Jean Oesch, avocat — demande au Tribunal cantonal d'annuler la décision de l'Office AI du 16 février 2009 et de lui renvoyer le dossier pour qu'il procède à une expertise médicale.

Dans un premier grief, le recourant se plaint d'une informalité essentielle parce que, parlant très peu le français, il aurait mal compris les questions posées par le psychiatre du SMR; au surplus le traducteur était de langue maternelle albanaise alors que lui-même s'affirme "de langue bosniaque", il en aurait résulté une mauvaise transcription de ses réponses dans le rapport médical.

Le recourant conteste ensuite les conclusions de l'Office AI à propos de son état de santé sur le plan psychiatrique. Il reproche au psychiatre du SMR de n'avoir pratiquement pas fait mention du fait qu'il avait eu recours aux services d'un médecin psychiatre dans le cadre de l'association I._____ à cause des conséquences traumatisantes des événements vécus en Bosnie. Deux certificats médicaux émanant de l'association I._____ ont été produits: l'un du 14 novembre 2001 (établi par la Dresse K._____ et par le psychologue V._____) et le second du 11 octobre 2005 (établi par la Dresse P._____, médecin responsable de l'association, et par le psychologue Y._____). La conclusion du second certificat — qui se réfère à des certificats précédents de 1998 et 2001, et mentionne qu'il n'y a plus eu de consultation depuis février 2005 — préconise "un cadre et un environnement sécurisants ainsi qu'un suivi médical multidisciplinaire", en confirmant des diagnostics de modification durable de la personnalité faisant suite à une expérience de catastrophe (CIM 10, F62.0), trouble mixte anxio-dépressif (CIM 10, F41.2) et de troubles anxieux et dissociatifs liés à un état de stress post-traumatique (CIM 10, F43.1) Le recourant soutient que le rapport signé par la Dresse

P._____, médecin psychiatre fréquemment sollicitée pour des expertises, qui l'a régulièrement suivi, est décisif, contrairement à l'avis du SMR qui omet selon lui le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il voit donc des contradictions dans les différents avis médicaux. Le recourant dénie par ailleurs toute valeur probante aux avis médicaux du SMR postérieurs au rapport du 31 mars 2008, puisqu'ils n'ont pas été signés par un psychiatre l'ayant examiné. En outre, il affirme que le rapport du SMR ne peut pas être considéré comme une expertise indépendante.

Dans sa réponse déposée le 6 octobre 2009, l'Office AI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se réfère à un avis du SMR du 29 septembre 2009 corroborant ses avis précédents.

Le recourant n'a pas déposé de déterminations complémentaires dans le délai qui lui avait été fixé (au 25 novembre 2009). Il a produit spontanément, le 21 janvier 2010, un "certificat médical réactualisé" du 18 janvier 2010, signé par le Dr G._____, psychiatre, et la psychologue S._____. Les conclusions de ce certificat (diagnostic, traitement, discussion et pronostic) correspondent mot pour mot à celles du certificat du 18 août 2008, provenant du même cabinet médical.

E n d r o i t :

1. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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.

2. Le requérant prétend avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité et il soutient en premier lieu que la décision de l'Office AI serait affectée d'une informalité essentielle — en d'autres termes qu'elle serait nulle — à cause de la présence d'un traducteur d'une autre langue maternelle que la sienne lors de l'examen médical par le SMR. Cela aurait eu pour conséquence des inexactitudes (mauvaise compréhension des questions, mauvaise transcription des réponses).

Le requérant, lorsqu'il a exercé son droit d'être entendu après la notification du préavis de l'Office AI, en prenant position par écrit de manière claire et compréhensible, n'a pas fait valoir ce moyen. Les règles de la bonne foi imposent de se prévaloir sans délai de tels griefs d'ordre formel, ce qu'il n'a pas fait; à défaut, le droit de l'invoquer en justice se périmé (ATF 126 I 203 à propos de la récusation). Son médecin traitant, qui a produit à sa demande un avis complémentaire, n'a pas non plus mentionné cette question. En outre, le requérant n'explique pas précisément sur quel point il aurait été mal compris. Il ne dit pas non plus que l'interprète, de langue maternelle albanaise, était incapable de traduire les propos d'un ressortissant de Bosnie-Herzégovine, qui au demeurant avait déjà passé plus de dix ans en Suisse avec sa famille, en y travaillant occasionnellement. Au regard des motifs invoqués, ce grief d'ordre formel doit être écarté.

3. Le requérant critique en outre l'appréciation faite par l'Office AI de son état de santé, sur le plan psychiatrique. Il se plaint, en substance, d'une violation des règles du droit fédéral sur l'appréciation des preuves médicales, en relation avec les prescriptions sur les prestations dues en cas d'invalidité.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du

travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA dispose que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Ces critères s'appliquent à l'appréciation des rapports de médecins travaillant pour une assurance ou

pour un service médical régional AI (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee); de tels rapports ne doivent donc pas être écartés au prétexte que leurs auteurs ne seraient pas des experts indépendants. Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La décision attaquée repose essentiellement sur l'avis des médecins du SMR. Les constatations faites sur le plan somatique — notamment la description des limitations fonctionnelles — ne sont nullement contestées par le recourant, qui se borne à critiquer l'appréciation des atteintes à sa santé psychique.

D'un point de vue formel, le rapport d'examen du SMR n'est pas véritablement critiqué. Le recourant reproche certes au psychiatre du SMR de n'avoir pas mentionné les consultations thérapeutiques dont il a bénéficié dans le cadre de l'association I._____ (association d'aide aux migrants et requérants d'asile). Or cette information figurait dans le dossier (voir le premier rapport du Dr L._____) et, comme il semble que ces consultations n'étaient plus actuelles à la date de l'examen par le SMR, cet élément ne paraissait pas déterminant.

Le recourant critique également le rapport du SMR parce qu'il aurait omis le diagnostic de stress post-traumatique, posé par le psychiatre de l'association I._____ et mentionné par le Dr L._____. Toutefois, le psychiatre du SMR n'a pas ignoré cet élément; il a au contraire exposé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas ce diagnostic. Son rapport n'est donc pas lacunaire d'un point de vue formel; la seule question à résoudre est de savoir si, sur le fond, l'appréciation médicale est probante (cf. infra, let. c).

Enfin, les avis des médecins du SMR, non spécialistes en psychiatrie, qui se sont prononcés ensuite sur la valeur du rapport du 31

mars 2008 ne sont pas à écarter d'emblée. Il est en effet admissible que des médecins, notamment des responsables du Service médical régional, se prononcent sur la valeur du rapport d'un confrère spécialiste (du point de vue de la méthode suivie, quant au caractère complet des constatations, etc.). Dans la mesure où ces nouveaux avis n'apportent pas d'éléments supplémentaires ou nouveaux sur le plan psychiatrique, mais se bornent à commenter ou expliquer le premier rapport, ils peuvent être pris en considération.

c) Sur le fond, il convient de remarquer en premier lieu qu'à l'exception du diagnostic de stress post-traumatique, on ne voit pas de contradiction essentielle, sur les points décisifs concernant les atteintes à la santé psychique, entre les constatations des médecins (ou psychologue) traitants de l'assuré, et celles du SMR. L'appréciation de la gravité des troubles dépressifs n'est en revanche pas identique.

A propos de l'état de stress post-traumatique, le Dr L. _____ n'est pas affirmatif puisqu'il renvoie à l'avis de spécialistes en psychiatrie. Les psychiatres consultés par le recourant n'ont pas attesté que cet état, censé s'amenuiser après l'événement traumatisant, durait encore certainement à la date de la décision attaquée: le rapport de la Dresse K. _____, ne le qualifie que de "probable", sur la base d'une motivation peu détaillée, en particulier à propos de l'évolution depuis les premières consultations thérapeutiques dans le cadre de l'association I. _____, et à propos des développements récents (en 2008-2009). Le psychiatre du SMR a retenu à cet égard des éléments objectifs, à savoir le temps écoulé depuis la fin de la guerre en Bosnie. Dans ces conditions, on ne voit pas de raisons de mettre en doute les conclusions des experts du SMR en ce qui concerne ce diagnostic.

Cela étant et sous un angle plus large, un diagnostic d'atteinte à la santé psychique n'entraîne pas nécessairement une invalidité au sens du droit fédéral. Selon la jurisprudence, l'art. 7 al. 2 LPGA — qui prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable — exprime un principe du droit des assurances

sociales quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement et raisonnablement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les arrêts cités). Dans ces conditions, un trouble psychiatrique diagnostiqué conformément aux règles de l'art n'entraîne pas nécessairement une invalidité justifiant le droit à une rente. La capacité à exercer une activité adaptée dépend plutôt du degré de gravité, donc des répercussions, des atteintes psychiques observées (cf. ATF 130 V 396 consid. 6.2; 127 V 294 consid. 4c).

Dans le cas particulier, le SMR ne retient sur le plan psychiatrique aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail mais il évoque une dysthymie, qu'il distingue d'une dépression majeure. Le recourant prétend souffrir d'un état dépressif sévère, en se référant à l'avis de son psychiatre. Vu ce que l'on vient d'exposer, seule une dépression grave pourrait entraîner, le cas échéant justifier, une invalidité. Déterminer la gravité d'un trouble dépressif et de son évolution suppose l'exercice d'un pouvoir d'appréciation. Les avis médicaux produits par le recourant après l'examen du SMR ne contiennent pas d'éléments objectifs précis contredisant l'appréciation de l'expert psychiatre de l'Office AI. S'il est fait état de certains troubles (insomnies, irritabilité, troubles de concentration, etc.), on ne voit pas en quoi le spécialiste du SMR aurait mal apprécié leur existence ou leur gravité, eu égard notamment au fait qu'on ne voit pas pourquoi on ne pourrait pas raisonnablement attendre du recourant qu'il surmonte ce genre de difficultés (en faisant preuve de bonne volonté, selon la formule utilisée par la jurisprudence — cf. notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009). En somme, il n'apparaît pas que l'Office AI ait violé le droit fédéral en se

fondant sur l'avis du SMR, dont la valeur probante n'a pas à être mise en doute. Il en résulte que les griefs du recourant sont mal fondés. A fortiori, une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifie pas.

4. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté; ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), le recourant n'obtenant pas gain de cause.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 16 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge du recourant C._____.

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 Jean Oesch, avocat (pour C._____),
- 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 :