

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

B. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Véronique Fontana,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____, né en 1965, plâtrier-peintre de formation, a créé son entreprise individuelle de peinture-plâtrerie en 1990. Cette dernière a changé de statut en juillet 1997 pour devenir la société Q._____ à [...], dont l'assuré est le directeur et actionnaire à 49 %. L'intéressé a présenté une symptomatologie douloureuse au niveau du rachis, semble-t-il, suite à une chute survenue lors d'un match de football le 8 septembre 2002. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA).

L'IRM lombaire pratiquée en octobre 2002 a révélé une anomalie transitionnelle avec présence entre la dernière vertèbre lombaire et la vertèbre transitionnelle (espace appelé L5-S1) d'une petite hernie discale paramédiane droite. Après un séjour à la Clinique L._____ en mars-avril 2003, il a repris une activité de bureau et de surveillant de chantier dans le cadre de sa société à 50 % dès le 1^{er} juillet 2003 selon le questionnaire pour l'employeur. La CNA a cessé le versement de ses prestations à compter du 1^{er} août 2003, la caisse d'assurance F._____ reprenant le versement d'indemnités journalières dès cette date à 50 %.

B._____ a formulé le 12 mai 2004 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport médical du 23 juillet 2004, le Dr H._____, chirurgien orthopédique FMH et spécialiste de la colonne vertébrale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et invalidantes et de lésions discales L5-S1 avec protusion discale paramédiane droite. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 31 mai 2003, puis à 50 % dès le 1^{er} novembre 2003 pour une durée indéterminée. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 75 % à 100 % dans une activité adaptée, en tant que surveillant de chantier par exemple, tout en précisant que la capacité de travail étant entière dans une activité adaptée, probablement sans diminution de rendement.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a requis une enquête économique pour indépendants. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 10 mars 2005, l'assuré a déclaré qu'avant son accident, il travaillait avec son associé sur les chantiers durant la journée et s'occupaient de la "paperasse" en soirée. Après l'accident, son associé s'occupait presque exclusivement des chantiers, alors que lui-même ne faisait plus que de l'administration (notamment soumissions, contacts avec les clients, téléphones), mais à 50 % environ. Il a reconnu qu'une présence accrue au bureau avait amélioré la gestion des affaires et permis l'augmentation de nouveaux clients. Sept ouvriers à plein temps travaillaient à présent au sein de l'entreprise, une secrétaire à 50 % ayant été engagée dès mai 2004. B._____ a indiqué qu'il entendait poursuivre son activité de bureau à 50 % au maximum, tout en ajoutant qu'il ne souhaitait pas laisser tomber la PME qu'il avait créée avec son collègue. Dans son rapport d'enquête économique pour indépendants du 14 mars 2005, l'OAI a considéré que l'utilisation des chiffres du questionnaire de l'employeur n'était pas assez fiable pour le calcul du préjudice, puisqu'il était indiqué que le salaire de B._____ avait doublé depuis octobre 2003 passant de 6'300 fr à 10'600 fr. L'OAI a ainsi constaté que jusqu'à fin 2002 au moins, l'assuré percevait un salaire de 63'600 fr., aucun élément démontrant qu'un doublement de son salaire était prévu. En application de la méthode extraordinaire, le taux d'invalidité économique était de 5.57 %.

Par avis médical du 6 juin 2005, le Dr V._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que l'intéressé présentant une fluctuation des symptômes, il y avait lieu de procéder à une pondération entre le 75 % et le 100 % de la capacité de travail dans une activité adaptée, soit excluant des flexions et torsions lombaires, des positions en porte-à-faux, la position assise ou debout prolongée et le port de charge au-delà de 5 kg de manière répétitive. L'activité de gypcier-peintre n'était plus exigible, en raison de trop lourdes contraintes sur le rachis.

Estimant que l'assuré était en mesure d'assumer une activité à 75 %, la caisse d'assurance F._____ a cessé le versement des indemnités journalières dès le mois de juillet 2005, suite à une expertise médicale réalisée à la Clinique Cécile.

Lors d'un entretien du 7 février 2006 avec l'OAI, B._____ a indiqué qu'il n'était pas en mesure de travailler à plus de 50 % quelle que soit l'activité (rapport final du 8 février 2006). Dans ce contexte, un reclassement hors de l'entreprise n'entraîne pas en considération, pas plus qu'une formation lui permettant d'assumer les tâches dévolues à la secrétaire à mi-temps. L'OAI a constaté qu'un changement d'activité était cependant exigible, l'entreprise pouvant engager une personne pour assumer le travail effectué par l'assuré qui resterait actionnaire. L'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 64'490 fr. en 2003, le salaire moyen d'un plâtrier qualifié se montant à 63'236 fr. en 2003 selon la CCT. S'agissant du revenu d'invalidité, l'OAI a retenu le salaire pouvant être réalisé dans une activité industrielle légère, compte tenu d'une capacité de travail minimale de 75 % dans une activité adaptée, toutefois sans autre facteur de réduction. En effet, même si l'assuré avait repris une partie de l'administration de la société, il n'est pas certain que cela aurait fonctionné, en l'absence d'études en Suisse.

B. a) En date du 29 novembre 2006, l'OAI a adressé à B._____ un projet de refus de rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré était en mesure de reprendre l'entier de l'activité administrative de la société Q._____ ou une activité légère de substitution à 75 %. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; activités industrielles légères) en 2002, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.4 %) et d'une capacité de travail à 75 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 43'354 fr. 64. Un tel revenu,

comparé au gain de valide de 64'490 fr., mettait en évidence une perte de gain de 21'135 fr, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 32.77 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans son opposition, l'assuré a soutenu que l'activité légère de substitution à 75 % n'était pas adéquate, car elle ne prenait pas en considération ses problèmes psychiques. A cet effet, il a annexé un courrier du 12 février 2007 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, adressé au Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie, et posant les diagnostics d'état dépressif moyen F.32.0 et de phobie sociale F 40.1 (ou décompensation d'une personnalité de type évitant F. 60.0), nécessitant une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse (Cipralex). Le Dr W._____ a ainsi exposé que son patient auparavant en bonne santé mentale, avait décompensé sur un mode dépressif et phobique dans les suites d'une atteinte lombaire chronique, la situation s'étant aggravée par le conflit entre son patient et les assurances. Compte tenu de cet élément, l'intéressé sollicitait la poursuite de l'instruction de son cas, ce d'autant plus que par lettre du 15 mars 2007, le Dr W._____ attestait une incapacité de travail minimale de 50 % sur le plan psychiatrique.

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a confié une expertise interdisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) qui a déposé son rapport de synthèse le 21 juin 2007. Les experts dudit établissement - soit les Drs X._____, spécialiste en neurologie, S._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et G._____, spécialiste en rhumatologie - ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales atypiques et de protusion discale L5-S1 médio-bilatérale, le diagnostic précité pouvant être handicapant dans une activité lourde, mais pas dans une activité plus légère. Dès lors dans l'activité de dirigeant d'entreprise, il n'y avait aucune incapacité de travail significative, alors que dans l'activité de plâtrier-peintre, il pouvait exister une perte de rendement de 30 %, les deux activités étant cependant exigibles à plein temps. Ils ont par ailleurs exclu toute atteinte à la santé psychique, en raison de l'absence d'indice

d'une psychopathologie importante atteignant un seuil diagnostique et justifiant une invalidité.

b) Par lettre du 16 juillet 2007, l'OAI a informé B._____ qu'il maintenait son projet de décision du 29 novembre 2006, en se basant sur l'expertise médicale du COMAI.

Par décision du 16 juillet 2007, l'OAI a dès lors confirmé sa position en refusant d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré.

C. a) Par acte de son mandataire du 14 septembre 2007, B._____ a recouru contre cette décision et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a estimé que la décision attaquée était arbitraire, car elle était uniquement basée sur les constatations des propres médecins de l'AI, ne laissant pas de place à une autre analyse de son cas, à tout le moins d'un autre regard. Il sollicitait dès lors un délai afin de produire un rapport médical d'un expert mandaté par ses soins.

b) Dans sa réponse du 24 octobre 2007, l'OAI a précisé qu'il ne souhaitait pas se déterminer dans cette affaire.

c) Dans sa réplique du 11 février 2008, le recourant a indiqué qu'il remettrait à brève échéance le rapport médical annoncé, tout en annexant un certificat médical du 5 février 2008 du Dr M._____ attestant une incapacité de travail pour une durée de quatre semaines.

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, – à l'époque le Tribunal des assurances – 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^{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; 117 LPA-VD).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 7 juillet 2009.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI,

consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Le recourant se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle il prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 l'expert 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).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant présente des troubles limitant sa capacité de travail et de gain sur le plan psychique, voire sur le plan physique, dans une mesure suffisante pour fonder un droit à une rente d'invalidité, et si cela nécessite une instruction complémentaire, le recourant contestant la valeur probante de l'expertise

médicale du COMAI du 21 juin 2007, en raison du lien entre le COMAI et les organes de l'assurance-invalidité.

a) Si les différents praticiens s'accordent à dire que le recourant présente une pathologie lombaire, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré compte tenu des atteintes qu'il présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assuré relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

5. a) Sur le plan somatique, il n'est pas aisé de déterminer à quel moment la symptomatologie a débuté, soit à la suite d'une chute lors d'un match de football ou deux plus tôt (rapport d'expertise du 21 juin 2007, p. 6). En tout état de cause, le diagnostic retenu en 2004 est celui de lombalgies chroniques et invalidantes et de lésions discales L5-S1 (rapports du Dr H. _____ du 23 juillet 2004). Une IRM lombaire pratiquée le 31 mai 2005 a permis de confirmer la présence d'une protusion/hernie médiane et paramédiane bilatérale à prédominance droite du dernier espace libre correspondant vraisemblablement à L5-S1. Lors de l'expertise, le recourant a signalé des lombo-sciatalgies droites toujours

situées postéro-externe, se compliquant depuis un an environ d'une irradiation également dans le membre inférieur gauche selon un même trajet postéro-externe. L'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr G. _____ a mis en évidence un syndrome vertébral avec, certes, des signes compatibles avec une compression radiculaire en cours, mais aussi des signes de non organicité et des manifestations de nette exagération du ressenti douloureux. Excluant toute invalidité permanente, l'expert a au contraire conclu à une capacité de travail pouvant aller jusqu'à 100 % dans un poste limitant les charges à 15 kg occasionnel proche du corps et 5 kg répétitifs et excluant les positions inconfortables et/ou immobiles prolongées. Sur ce point, l'expert a toutefois pris en compte des limitations fonctionnelles plus restreintes que celles retenues par le Dr V. _____ (avis médical du SMR du 6 juin 2005), mais n'a pas écarté l'exercice de l'activité de plâtrier-peintre..

L'examen neurologique réalisé par le Dr X. _____ a mis en évidence des troubles statiques vertébraux modérés avec effacement des courbures, une percussion lombaire basse sensible, une contracture modérée de la musculature para-vertébrale lombaire haute, des points de Valleix apparemment positifs au niveau des deux fesses. L'expert a cependant souligné que l'assuré s'était montré démonstratif, se déplaçant par moment en boitant et à d'autre moment tout à fait normalement. L'examen clinique complété par un EMG n'a d'ailleurs révélé aucun signe d'atteinte neurogène périphérique dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs ainsi que dans la musculature para-vertébrale lombaire. Dès lors sur le plan somatique, les deux experts ont conclu à la présence de troubles totalement atypiques, sans évidence de déficit radiculaire ou neurologique autre évoquant clairement une majoration des symptômes par le patient.

b) Compte tenu de l'ensemble des rapports médicaux précités, il ressort que le tableau douloureux annoncé par l'assuré ne saurait être attribué exclusivement à un substrat organique majeur. Les experts ont au contraire relevé des signes de non-organicité (Waddel positif 5/7), tout en admettant que l'assuré présentait des lombalgies chroniques et

invalidantes et des lésions discales L5-S1. Ils ont dès lors retenu que l'intéressé présentait une capacité de travail pouvant aller jusqu'à 100 % dans un poste limitant les charges à 15 kg occasionnel proche du corps et 5 kg répétitifs et excluant les positions incommodes et/ou immobiles prolongées. Sur ce point, les experts ont toutefois pris en compte des limitations fonctionnelles plus restreintes que celles retenues par les Drs V._____ (avis médical du SMR du 6 juin 2005) et H._____, qui avait, au demeurant également conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, probablement sans diminution de rendement (annexe au rapport médical du 23 juillet 2004).

c) S'agissant de la composante psychologique, le Dr S._____ a certes retenu que l'assuré présentait probablement des variations de l'humeur, type dysthymie, peu intenses, quelques troubles phobiques peu incapacitants, mais aucunement une pathologie mentale grave. L'expert psychiatre s'est également déterminé quant aux diagnostics et au taux d'incapacité de travail de 50 % retenus par le Dr W._____, psychiatre traitant de l'assuré (rapport médical du 12 février 2007). Le Dr S._____ a ainsi indiqué qu'il n'avait pas trouvé assez de critères de dépression pour justifier un état dépressif moyen. Les plaintes formulées par l'assuré qui étaient au départ somatiques (douleurs, troubles du sommeil et fatigue), pouvaient aussi provoquer quelques troubles cognitifs. S'agissant de la phobie sociale, l'expert psychiatre a retenu que l'intéressé, qui avait d'ailleurs admis une amélioration sur ce point, s'était toujours confronté aux autres et n'avait jamais écourté un entretien. Enfin, le Dr S._____ n'a pas retrouvé le diagnostic de personnalité évitante lors de son examen. Il a ainsi précisé que B._____ ne pouvait pas être frappé d'une telle personnalité, alors qu'il s'était établi en Suisse depuis le fin fond de l'Italie, qu'il avait dû s'adapter, apprendre le français, progresser professionnellement après avoir passé par divers emplois (rapport d'expertise du 21 juin 2007, p. 22-23). C'est dès lors à juste titre que le Dr S._____ n'a pas légitimé une incapacité de travail pour ce motif.

6. Dans son recours, B._____ reproche aux experts d'être partiels dès lors qu'ils ont été mandatés et rémunérés par l'OAI.

a) Cette argumentation n'est pas fondée et ne saurait mettre en évidence une quelconque violation des principes relatifs à l'impartialité ou l'indépendance des experts. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353, 123 V 175 consid. 3d et l'arrêt cité p. 176; VSI 2001 p. 109 sv. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références).

En l'espèce, le recourant n'a mis en évidence aucun élément concret susceptible de mettre en doute l'impartialité des Drs G._____, X._____ et S._____ ou l'objectivité de leur appréciation hormis une prétendue dépendance économique de ceux-ci par rapport à l'AI. Or, ainsi que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de l'affirmer, l'allégué selon lequel un expert serait régulièrement chargé par les offices de l'assurance-invalidité d'établir des rapports d'expertises ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a). Par analogie à la jurisprudence reconnaissant pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353), le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports établis par les médecins précités aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le seul fait

que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un contrat de mandat - fût-ce de manière répétée - ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'encontre de l'assuré. Les Drs G._____, X._____ et S._____ sont ainsi objectivement indépendants des parties en cause dans l'exercice de leur activité professionnelle.

En réalité, le recourant vise l'impartialité subjective des experts, qu'il dénie à ces derniers. Comme cette impartialité se présume jusqu'à preuve du contraire (Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n° 1205), il ne suffit pas au recourant d'alléguer une prétendue partialité mais il lui incombe d'en établir la preuve contraire, ce qu'il n'a pas fait. Au demeurant, la lecture du dossier et en particulier celle du rapport d'expertise ne permettent pas de mettre en doute l'impartialité subjective des experts au seul motif qu'ils seraient régulièrement mandatés par les offices de l'assurance-invalidité. Les médecins critiqués n'ont ainsi jamais prétendu, ni même laissé entendre que l'intéressé ne présentait pas de troubles somatiques ou psychiques. Au contraire, ils ont fait état de plusieurs diagnostics dont seule l'influence sur la capacité de travail n'était pas significative au sens de la LAI. En tout état de cause, le Tribunal fédéral des assurances (depuis le 1er janvier 2007, le I et IIe Cours de droit social du Tribunal fédéral) a admis que l'indépendance et l'impartialité d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) à l'égard de l'administration étaient garantis (ATF 123 V 175).

b) Convaincant, l'on doit admettre que le rapport d'expertise des Drs G._____, X._____ et S._____ remplit toutes les exigences posées par la jurisprudence quant à la fiabilité et à la valeur probante (ATF 125 V 351, cons. 3a). Ainsi, pour rendre leurs conclusions, les experts du COMAI ont procédé à un examen rhumatologique, neurologique et psychiatrique en date des 30 mai et 5 juin 2007. Le rapport d'expertise a nécessité un consensus et a été établi conjointement après examen de l'assuré et une lecture attentive, par chacun des experts, du dossier mis à disposition. Le rapport précité, effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier de l'AI, décrit de façon précise les limitations fonctionnelles de

l'assuré et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Les experts ont en outre procédé à une analyse détaillée des affirmations de l'intéressé et ont tenu compte de ses plaintes actuelles. Les points litigieux ont enfin fait l'objet d'une étude circonstanciée.

Il convient également de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (TF I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4), 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 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'expertise (TF I125/06 du 4 avril 2007, consid. 6). Ainsi, le rapport médical du Dr W._____, relativement succinct et peu motivé, n'emporte pas la conviction, l'expert S._____ ayant clairement exposé les motifs pour lesquels aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue.

c) L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

7. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

a) 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. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de

se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

b) In casu, pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, l'OAI a considéré dans son rapport final du 8 février 2006, qu'il n'était pas forcément envisageable pour l'assuré qui n'avait pas été scolarisé en Suisse, de suivre une formation lui permettant d'assumer d'avantage de tâches administratives et remplacer ainsi la secrétaire à mi-temps de l'entreprise, ce d'autant plus qu'il devait éviter les positions statiques. Il convenait ainsi de se référer aux données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé. L'intimé a cependant omis de se référer au rapport d'expertise du 21 juin 2007 qui a clairement mis en évidence que le recourant pouvait assumer son ancienne activité de plâtrier-peintre moyennant une baisse de rendement de 30 % compte tenu des limitations fonctionnelles présentées. Cela est cependant sans importance dans la mesure où la comparaison du revenu d'invalidé de 45'143 fr. (64'490 X 70 %) avec le revenu de valide de 64'490 fr. conduit à une perte de gain de 19'347 fr., ce qui correspond à un degré d'invalidité de 30 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8. Ainsi, au regard des principes légaux et jurisprudentiels rappelés plus haut, le dossier s'avère complet pour statuer sur la demande de rente, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner un complément

d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise médicale, requise par la recourante. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat. Les griefs de violation du droit fédéral sont donc mal fondés. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

9. 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 francs et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 juillet 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 300 francs (trois cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Véronique Fontana, avocate (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :