

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Brelaz Braillard et Pasche
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fondation suisse pour l'intégration des handicapés, 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. K._____ (ci-après : l'assuré), né le 21 février 1952, de nationalité portugaise, marié et père de trois enfants, est établi en Suisse depuis février 1986. Il a travaillé comme manœuvre dans la construction, en dernier lieu chez O._____, du 6 juillet 1998 au 14 mars 2002. Le 18 juin 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations AI tendant à un reclassement professionnel.

Dans un rapport médical du 28 juin 2002, le Dr H._____, médecin spécialiste en chirurgie de la main à la Clinique chirurgicale de L._____, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- épicondylites sévères, rebelles, bilatérales existant depuis l'été/automne 2000; intervention chirurgicale le 15 mars 2002 à gauche, prévue pour le 4 juillet 2002 à droite;
- lombalgies-sciatalgies.

Il mentionne également un syndrome du tunnel carpien bilatéral, sans répercussions sur la capacité de travail, avec traitement chirurgical le 9 juin 2000 à droite et le 27 juin 2000 à gauche. Selon le Dr H._____, l'assuré est en incapacité totale de travail depuis le 15 mars 2002 de façon peut-être durable. Il relève que son patient, qu'il suit depuis juin 2000, est collaborant, très spontané, pas du tout manipulateur ou compliqué. Ses ressources sont probablement très limitées en termes d'instruction générale et les possibilités d'adaptation à des professions plus "sophistiquées" également.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2002, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assuré, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- lombosciatalgies droites sur hernie discale intra-canaulaire au niveau L3-L4 droite avec petit fragment luxé vers le haut;

- dorsalgies;
- douleurs au niveau de l'épicondyle droit;
- PSH (réd. : périarthrite scapulo-humérale) gauche.

Comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, le médecin indique :

- status après cure de tunnel carpien droit en juin 2000;
- status après cure de tunnel carpien gauche en juillet 2000;
- status après cure chirurgicale d'épicondylite avec neurolyse du nerf radial, tenotomie proximale du tendon profond du deuxième radial en mars 2002;
- status après lithotripsie pour lithiase rénale droite le 4 novembre 1999;
- status après cure de hernie inguinale droite fin 1986;
- status après réparation d'une rupture du tendon du biceps et lésion claviculaire gauche en 1992;
- status après cure d'hémorroïdes en juin 2000 et reprise en décembre 2000.

Le Dr S. _____ relève que, hormis les arrêts de travail consécutifs à ses interventions chirurgicales donnés par les chirurgiens, l'assuré est en arrêt de travail total depuis le 15 mars 2002, date de son intervention de son épicondylite gauche. Il estime que l'état de santé de son patient est stationnaire, que dans cet état, il est incapable de travailler totalement dans sa profession de manœuvre, mais que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée sans travaux de force et lui permettant de ménager son dos. Au rapport était notamment jointe une copie des rapports médicaux établis les 6 et 15 mai 2002 par le Dr X. _____, spécialiste FMH en neurologie, dont il résulte que l'examen clinique et le bilan électromyographique du membre inférieur droit sont très suspects d'une double atteinte radiculaire, à la fois L4, mais surtout L5 et que l'IRM lombaire confirme l'existence d'une hernie discale intracanalairale au niveau L3-L4 droit avec un petit fragment luxé vers le haut. Le neurologue relève qu'il faudra à moyen terme examiner si une reconversion professionnelle doit être envisagée.

A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), l'assuré a accepté d'effectuer un stage

d'observation au Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : COPAI) d'Yverdon pour évaluer ses limites fonctionnelles et ses aptitudes d'adaptation. Ce stage a eu lieu du 28 avril 2003 au 23 mai 2003. Préalablement et à l'issue de dit stage, l'assuré a fait l'objet d'un examen médical par le Dr J._____, médecin conseil au COPAI d'Yverdon. Selon le rapport médical établi le 27 mai 2003, l'assuré se plaint d'un ensemble de douleurs mal systématisées touchant tout le rachis, les jambes, parfois de façon plus marquée à gauche; il présente notamment une fatigue chronique très importante, des troubles du sommeil. Le Dr J._____ retient le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux chronique, en relevant que l'intéressé note son inconfort global à 10/10 et obtient un score de 49 au PACT, ce qui correspond à une inactivité. Il relève en outre qu'à l'atelier, l'assuré travaille lentement en alternant les positions mais en étant le plus souvent debout. Il a une boiterie du côté gauche, sa gestuelle est imprécise, lente et malhabile. Le rythme général est ralenti et la qualité de son travail généralement faible; ses rendements se situent entre 30 et 50 %. Le médecin conseil estime que l'assuré est en mesure de reprendre un travail simple, léger et permettant l'alternance des positions sur la journée entière, avec un rendement réduit à 50 %. Il pourrait s'agir de magasinage léger, de conditionnement, d'alimentation de machines. Le Dr J._____ relève toutefois qu'il faut s'attendre à un absentéisme assez important compte tenu du type d'atteinte à la santé que présente l'assuré. Un rapport d'évaluation du stage a également été établi par un maître socio-professionnel et la Directrice du COPAI le 6 juin 2003. Il en résulte que l'assuré semble envahi par la douleur au sondage d'inconfort, signalant des douleurs d'intensité 10 à la jambe et au pied gauche, 9 à la nuque, au bas du dos et à la tête et 7 au haut du dos et à la jambe inférieure droite. Il ajoute des enflures aux mains et aux bras, ainsi qu'une fatigue aux épaules et au haut des jambes. Au terme du stage, l'équipe d'observation est d'avis que l'assuré a une capacité de travail diminuée. Souffrant de lombalgies, de douleurs au niveau des cervicales et de la jambe gauche, il n'est plus en mesure d'assumer une activité lourde avec port de charges ou exigeant de fréquents déplacements. Les rendements effectués en atelier sont assez faibles, variant de 32 à 52 %. L'équipe d'observation

estime que l'assuré possède une capacité résiduelle de travail quelque peu supérieure à ce qu'il a réalisé durant son stage et qu'une activité sur la journée entière dans des travaux légers (montages simples à l'établi, conditionnement léger) permettant une alternance des positions est possible. Relevant que l'assuré présente un syndrome d'amplification de symptômes, elle émet toutefois un doute quant à la capacité de l'intéressé à réintégrer le monde économique sans aide.

Dans un avis médical du 19 février 2004, la Dresse F. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) préconise la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique destinée à déterminer la capacité de travail de l'assuré.

Le Dr N. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a déposé son rapport d'expertise le 16 juin 2004. Il retient comme diagnostics :

- lombosciatalgies bilatérales prédominantes à gauche dans un contexte de syndrome d'amplification des symptômes;
- hernie discale L4-L5 médiane, paramédiane gauche;
- status après cure du tunnel carpien bilatéral en 2000;
- status après cure d'épicondylite bilatérale en 2002;
- hypertension artérielle;
- hypercholestérolémie;
- obésité.

Dans son appréciation, l'expert relève notamment ce qui suit :

"L'examen clinique actuel est parasité par de nombreux signes de surcharges comportementaux, soit une exagération de la réponse verbale, une projection non anatomique de la douleur, une distance doigts-sol de 30 cm avec une distance doigts-orteils, le patient assis sur la table d'examen les jambes tendues, de 10 cm, une hypoesthésie mal systématisée des membres inférieurs sans respect radiculaire, une altération de la force de préhension incompatible avec un homme de son gabarit sans amyotrophie notoire constatée, troubles évocateurs d'un syndrome d'amplification des symptômes. Malgré tout, on peut considérer une altération globale de la mobilité tronculaire incluant des possibles signes irritatifs aux membres inférieures, difficilement reproductibles dans un contexte de hernie discale L4-L5 visualisée par scanner et IRM, impression clinique confortée par des signes hétérogènes électromyographiques objectifs tels que les a décrits le Dr X. _____ dans sa consultation

du 3 mai 2002 et plus récemment le 29 septembre 2003. Ce praticien diagnostique un syndrome radiculaire S 1 gauche avec déficit réflexe, aréflexie achilléenne gauche toujours présente le jour de l'expertise.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de M. K. _____ dans son ancienne activité professionnelle de manoeuvre est nulle. Dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout, sa capacité de travail est entière.

Du point de vue professionnel, l'intensité de la symptomatologie douloureuse, son retentissement sur son quotidien, son manque de qualification professionnelle et sa méconnaissance du français rendraient toutes mesures de reconversion professionnelle vouées à l'échec. Par ailleurs, M. K. _____ a déjà bénéficié, entre avril et mai 2003, d'une évaluation au COPAI qui n'a pas débouché sur des mesures concrètes.

(...)"

Dans un avis médical du 14 septembre 2004, la Dresse F. _____ du SMR, relevant que l'expert N. _____ met en évidence une amplification des symptômes, que l'assuré met en avant un lourd handicap, mais avec une discordance entre les limitations objectives et celles décrites par l'expert et que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux avait été évoquée lors du stage au COPAI, préconise la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

La Dresse T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport le 22 juillet 2005. Elle retient comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis mi-2002. Sur le plan psychopathologique, elle relève que l'assuré présente une personnalité fruste, peu différenciée, axée sur le concret avec peu d'accès aux émotions et à l'internalisation. Jusqu'en 2000, l'expertisé semble avoir compté sur sa force physique d'autant plus qu'il était sans formation professionnelle. Ce corps "le lâchant", l'assuré, faute de ressources psychiques suffisantes, ne peut envisager une autre activité professionnelle et développe dès lors un processus d'invalidation se manifestant par un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il ne présente par ailleurs ni épisode dépressif, ni trouble anxieux majeur, ni trouble grave de la personnalité ou autre symptôme psychique ayant valeur de maladie. Par contre des facteurs psychosociaux sont présents.

Par le biais de ce syndrome, l'assuré obtient de manière consciente et inconsciente des bénéfices secondaires par son entourage. L'environnement social est maintenu, l'assuré déclarant sortir volontiers pour discuter avec des connaissances; il est en mesure d'assumer la vie quotidienne. L'experte relève encore des discordances entre les plaintes exprimées par l'assuré et ce qui est objectivé durant l'entretien et une mauvaise compliance médicamenteuse, en particulier en ce qui concerne le Saroten, prescrit à but antalgique. Elle conclut qu'en l'absence d'une pathologie psychiatrique floride, la capacité de travail de l'assuré peut être considérée comme entière dans quelque activité que ce soit, à raison de 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Elle précise que, théoriquement, l'assuré est apte à s'adapter à un environnement professionnel, mais que, de par le syndrome somatoforme douloureux persistant, il s'est installé dans un processus d'invalidation rendant une adaptation professionnelle difficile, pour des raisons extra-médicales.

Selon les renseignements fournis par l'ancien employeur de l'assuré le 19 juillet 2006, en 2003 ce dernier aurait perçu un salaire mensuel brut de 4'315 francs, versé 13 fois l'an.

Par projet de décision du 13 octobre 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à des mesures professionnelles. Il a considéré que, selon les pièces médicales figurant au dossier, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, soit dans une activité ne comprenant pas de mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, de travaux lourds, de port de charges supérieures à 15 kg et permettant d'alterner les positions. Pour calculer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur les données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS); il a retenu que le salaire de référence était dans le cas d'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit en 2002, 4'557 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2002, TA1, niveau de qualification 4). L'OAI a porté ce montant à 4'750 fr. 67 pour tenir compte de la durée hebdomadaire moyenne de travail en Suisse, l'a

adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (année théorique d'ouverture du droit à la rente) avant de procéder à un abattement de 10 % pour tenir compte de l'état de santé et de l'âge de l'assuré; ainsi calculé, le revenu annuel d'invalidité est de 52'025 fr. 56. Comparé au revenu annuel sans invalidité de 56'095 fr. (4'315 fr. x 13), la perte économique est de 4'069 fr. 44. En définitive, le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité est de 7, 25 %, donc inférieur tant au minimum légal de 40 % en ce qui concerne l'ouverture du droit à une rente (art. 28 LAI) qu'à celui de 20 % ouvrant le droit à des mesures professionnelles (art. 15 ss LAI).

Par courrier du 26 octobre 2006, l'assuré a contesté le projet de décision précité.

Le 9 novembre 2006, Me Agier de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a confirmé la contestation de son mandat. Faisant valoir que le médecin conseil du COPAI d'Yverdon avait retenu une capacité de travail dans une activité légère sur la journée entière mais avec un rendement de 50 % et qu'une telle activité ne pouvait procurer un salaire annuel supérieur à 26'012 fr., il a requis l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le 2 juillet 2007, le recourant a produit le rapport médical établi le 19 juin précédent par le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychothérapie, qui relève notamment ce qui suit :

"Monsieur K._____ n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. A certaines périodes, son médecin traitant lui a prescrit des anti-dépresseurs et des calmants. Pendant les fêtes de Noël 2006, le patient a décompensé psychologiquement. Son état physique ne s'améliorant pas, il se trouve à l'aide sociale, son deuxième fils purge une peine de prison en France, sa fille cadette doit faire face à des violences de la part du père de son enfant. Tous ces éléments l'ont plongé dans une dépression. C'est son épouse qui a pris rendez-vous pour lui avec notre cabinet, craignant que son agressivité ne l'amène à faire des bêtises. Le suivi de M. K._____ a débuté en janvier 2007 et il présente un état de nervosité visible et incontrôlable. Il exprime beaucoup de colère, de tristesse et d'auto-dévalorisation avec un état général morose. Perte de sommeil et d'envie de s'alimenter avec des idées suicidaires. Pendant les

séances, M. K. _____ exprime des plaintes physiques avec un français élémentaire.

(...)

Avec l'aggravation de sa santé physique, psychique et l'accumulation de problèmes socio-familiaux, la capacité de travail dans une activité adaptée est actuellement réduite à 50 %. On s'attend tout de même à un absentéisme important vu son état de santé.

[Dans la mesure où il y a une incapacité de travail, depuis quand existe-t-elle ?]

Depuis sa deuxième intervention le 15 mars 2002.

[Diagnostic]

Etat dépressif chronique sévère, sans symptomatologie psychotique avec idées suicidaires F33.2
Troubles de la personnalité sans précision F60.9

(...)

L'état de santé physique du patient attesté par son médecin traitant et les différents chirurgiens ne s'est guère amélioré avec les années. Les problématiques socio-familiales, l'état psychologique du patient se sont dégradés avec le temps. Il doit faire face à un état dépressif avec des idées suicidaires qui nécessitent une prise en charge à long terme. L'objectif du suivi est de tenter de stabiliser l'état dépressif chronique du patient qui a de la peine à se projeter dans un projet de vie.

En raison de l'état de santé pathologique du patient, notre pronostic reste réservé."

Dans un avis médical du 27 décembre 2007, le Dr M. _____ du SMR considère ce qui suit :

"(...)

Le rapport du Dr Z. _____ du 19.06.2007 mentionne un "état dépressif chronique sévère sans symptomatologie psychotique avec idées suicidaires" et des "troubles de la personnalité sans précision". Il atteste une CT (réd.: capacité de travail) de 50% dans une activité adaptée depuis le 15.03.2002.

Les symptômes rapportés sont : une "agressivité", une "nervosité visible et incontrôlable", "beaucoup de colère" (ces trois symptômes ne font pas partie des symptômes dépressifs), de la "tristesse", de l'"auto-dévalorisation", une "perte de sommeil" et "d'envie de s'alimenter" et des "idées suicidaires"; seuls ces cinq derniers symptômes font partie des symptômes dépressifs selon la CIM-10, avec la réserve que la "perte d'envie de s'alimenter" ne peut être assimilée au critère C.7 ("modification de l'appétit avec variation pondérale correspondante") que si elle s'accompagne d'une perte

pondérale, ce qui n'est pas attesté ici. Quoi qu'il en soit, la présence de 1 critère B ("tristesse" est assimilé au critère B.1 : humeur dépressive) et de 4 critères C ne remplit pas les conditions pour poser le diagnostic d'épisode dépressif, même léger.

Le trouble de la personnalité attesté n'est étayé par aucun élément psychiatrique. Un trouble de la personnalité est présent par définition depuis l'adolescence. Or, lors de l'expertise psychiatrique de juillet 2005, l'assuré étant âgé de 53 ans, il ne présentait pas de trouble de la personnalité. Pour ces deux raisons, ce diagnostic ne peut pas être retenu.

Le Dr Z._____ mentionne "l'aggravation de sa santé physique, psychique...". Pourtant aucun élément médical, ni somatique, ni psychiatrique ne rend plausible une telle aggravation, ce d'autant que le rapport ne comporte aucun status psychiatrique. Les deux diagnostics censés justifier une incapacité de travail ne remplissent pas les critères d'une classification internationale reconnue et ne peuvent par conséquent pas être validés.

Un trouble dépressif sévère prolongé (chronique) n'est généralement pas compatible avec une quelconque capacité de travail, pas même à 50%. Cette capacité attestée par le Dr Z._____ est un argument supplémentaire contre un trouble dépressif sévère.

L'incapacité de travail est attestée depuis le 15.03.2002, date de la deuxième intervention (cure d'épicondylite droite). Elle résulterait donc d'une atteinte somatique, attestée par un psychiatre (?). En outre, puisqu'en juillet 2005, l'assuré ne présentait pas de trouble dépressif et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, l'estimation faite par le Dr Z._____ ne peut résulter que de l'appréciation différente d'une situation médicale identique à celle de l'expertise psychiatrique de la Dresse T._____. Il est alors admis que c'est l'avis de l'expert qui prime sur celui du psychiatre traitant, à plus forte raison lorsque le rapport d'expertise est convaincant et que celui du psychiatre ne l'est pas.

En conclusion, aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'est rendue plausible par ce rapport. Par conséquent, nous maintenons nos conclusions. Aucune instruction médicale complémentaire n'est nécessaire."

Par courrier du 19 février 2008, l'OAI a informé Me Agier qu'il maintenait sa position telle que ressortant du projet de décision contesté. Il a indiqué en substance retenir, en se basant sur les conclusions des expertises rhumatologique et psychiatrique, lesquelles étaient convaincantes et conformes aux critères posés par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a précisé que l'évaluation du psychiatre traitant n'était pas susceptible de remettre en cause la pertinence de l'expertise psychiatrique, dès lors qu'elle résultait d'une appréciation différente d'une situation médicale identique à celle de l'expertise de la Dresse T._____. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail

retenue par le COPAI reconnaissant à l'assuré une diminution de rendement de 50 %, il a exposé qu'elle n'était pas pertinente dans la mesure où il s'agissait d'une évaluation subjective effectuée à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et non pas fondée sur des constatations médicales objectives.

Le 10 mars 2008, l'OAI a rendu une décision formelle niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

B. Par acte du 22 avril 2008, K._____ a recouru contre la décision du 10 mars 2008, en concluant à l'annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à la comparaison des gains selon l'art. 16 LPGA sur la base d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 50 %. Le recourant fait valoir que le rapport d'expertise de la Dresse T._____ du 22 juillet 2005 ne peut pas, pour ce qu'il dit des troubles présentés par le recourant et les conséquences sur sa capacité de travail, être retenu, faute d'une mise en œuvre conforme aux règles de l'art et aux devoirs déontologiques du médecin. Le recourant reproche notamment à l'expert les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'expertise et le fait de ne pas avoir eu recours à un traducteur, alors qu'il ne maîtrise pas suffisamment le français.

Le 10 juillet 2008, l'OAI a conclu au maintien de sa décision et au rejet du recours.

C. Par écriture du 8 décembre 2009, le juge instructeur a informé les parties que, compte tenu notamment des conclusions du rapport médical du Dr Z._____, une nouvelle expertise psychiatrique serait confiée au Dr G._____.

Le 28 avril 2010, le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport d'expertise. Celui-ci indique que l'expertise a fait l'objet de deux entretiens avec l'assuré, en

date des 12 et 14 avril 2010, la première fois avec l'assistance d'un interprète portugais/français. L'expert expose ce qui suit :

"(...)

Diagnostics

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de :

- **Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45,4)**
- **Trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) (F32,1)**

selon les critères et la dénomination des ouvrages de référence.

(...)

Appréciation finale

(...)

Appréciation diagnostique

Au terme de cette évaluation, le soussigné retient un diagnostic de *syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique)*.

Le soussigné réfute un trouble de la personnalité stricto sensu, dans la mesure où il applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence et qu'il retient ce qui est observé et non pas ce qui est interprété.

- *Trouble dépressif majeur*

(...)

Dans le cas présent, il y a quelques doutes sur la présence des trois critères cardinaux de la dépression. La fatigue anormale paraît bien établie. Elle revient constamment dans les plaintes de l'assuré. Elle semble bien avoir un caractère permanent. La tristesse est observée en consultation, sans plus. L'assuré la rapporte comme permanente. Il a aussi mis en place des stratégies pour y remédier. Il dit sortir, parler avec des connaissances afin de ne pas constamment pleurer à la maison.

La perte d'intérêt pour les activités professionnelles ne fait aucun doute. L'assuré garde pourtant du plaisir à d'autres activités rencontrer les amis, observer la vie nocturne de la [...]. L'expertisé peut s'animer et se montrer intéressé lorsqu'il aborde certains sujets. Pour le soussigné, on ne doit par conséquent pas retenir la perte de l'intérêt et du plaisir, sachant qu'elle est inconstante.

Pour le reste, M. K. _____ rapporte authentiquement la perte de la confiance en soi et la diminution de l'estime de soi. Il considère avoir perdu sa force et sa santé physique. Il est même préoccupé par des idées hypochondriaques. L'assuré craint d'avoir un cancer, au vu de la récente mort d'un frère de cette maladie.

L'assuré rapporte par ailleurs des idées suicidaires formulées de façon passive qui ont un caractère récurrent. Il rapporte des difficultés à penser et à se

concentrer (indécision, troubles attentionnels, mémoire). Les troubles du sommeil sont manifestes. L'appétit est certes diminué mais n'est pas corrélé à une perte de poids. On ne peut dès lors pas retenir cet item.

Il n'y a par contre pas de véritable culpabilité pathologique, le sujet se reprochant essentiellement d'avoir travaillé trop et trop dur, ce qui n'est peut-être pas infondé. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

Au vu de ce qui précède, on peut recenser deux critères cardinaux (tristesse et fatigue anormale) et quatre critères secondaires (baisse de l'estime de soi, idées récurrentes de mort, difficultés à penser et à se concentrer et troubles du sommeil). On est dès lors en droit de retenir *l'épisode dépressif*. On doit le qualifier de sévérité *moyenne ou modérée*, conformément aux critères de la CIM-10. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton du 12.04.2010.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. On peut dès lors réfuter le trouble bipolaire.

L'histoire de l'expertisé parle contre des épisodes dépressifs antérieurs. Il n'y a dès lors pas de motifs à mentionner la récurrence.

Le tableau dépressif actuel pourrait durer depuis plus de deux ans. On peut dès lors le qualifier de chronique, conformément à ce que préconise le DSM-IV-TR dans ces cas.

Au terme de cette réflexion diagnostique, on doit retenir le *trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique)* selon la terminologie du DSM-IV-TR.

- *Syndrome douloureux somatoforme persistant*

(...)

Dans le cas présent, l'assuré se plaint de douleurs qui touchent le rachis et les membres inférieurs. Celles-ci restent sa préoccupation essentielle. Elles n'ont pas des bases organiques suffisant à en expliquer tant la durée que l'intensité, comme cela se dégage de l'expertise N. _____ et des autres documents figurant au dossier. Elles se situent dans un contexte psychosocial délétère qui emporte la conviction de l'examineur qu'elles ont une composante principalement psychogène. (...)

L'épisode dépressif d'accompagnement est modéré ou moyen, dans la mesure où on applique des critères de référence de la CIM-10. Cet épisode dépressif est survenu après le syndrome douloureux somatoforme persistant, si on se réfère à ce que contient le dossier et à l'expertise T. _____, en particulier. Il n'a jamais été sévère, dans la mesure où le rapport médical Z. _____ n'apporte pas d'arguments probants pour ce degré de gravité.

Le trouble dépressif a aussi quelques atypies. Le soussigné s'est étonné des moments de jovialité dont ce sujet, par ailleurs sympathique, a pu faire preuve au cours des deux consultations.

Pour ces motifs, le soussigné est finalement convaincu que le trouble dépressif de l'assuré peut être partiellement inclus dans ce que désigne déjà le syndrome douloureux somatoforme persistant. Il n'en est pas un facteur d'exclusion, car il n'en a pas la sévérité requise. Il ne domine pas le tableau clinique.

Il n'y a par ailleurs pas d'autres troubles psychiatriques tels qu'une psychose ou un autre trouble somatoforme qui devraient exclure le syndrome douloureux somatoforme persistant.

Pour ces motifs, le soussigné arrive à la conclusion que l'entité diagnostique de syndrome douloureux somatoforme persistant doit bien être retenue ici. (...)

- *Autres pathologies psychiatriques*

(...)

La question du *trouble de la personnalité* doit être évoquée dans la mesure où une telle entité est relatée au dossier.

Selon les ouvrages de référence (CIM-10, DSM-IV-TR), un trouble de personnalité doit se manifester par des dysfonctionnements et une souffrance psychique significative dès les débuts de l'âge adulte.

D'après les informations à disposition, l'assuré a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et rien n'indique qu'il ait eu des manifestations de souffrance psychique significative. Pour ce seul motif, on peut écarter un trouble de personnalité et, en tout cas, un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

L'assuré présente certes des traits de personnalité qu'on peut qualifier de marqués, voire de pathologiques. Il y a vraisemblablement un surinvestissement de ses capacités physiques, dans le sens d'un certain narcissisme. Il y a une certaine rigidité et un manque de facultés adaptatives. Ces traits de personnalité peuvent jouer un rôle défavorable dans l'évolution actuelle. Ils ne valent pourtant pas pour un trouble mental *stricto sensu*.

Appréciation asséculoologique

Au terme de son évaluation, le soussigné arrive à la conclusion diagnostique d'un *trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant*.

Cette appréciation tient compte de l'aggravation des troubles psychiques survenus en 2006, puisqu'une précédente expertise psychiatrique du 22.07.2005 ne retenait que le seul syndrome douloureux somatoforme persistant.

- *Appréciation clinique*

En premier lieu, il convient d'effectuer une appréciation clinique de la situation. L'assuré est certes négligé et quelque peu clochardisé. Il peut néanmoins communiquer normalement. Il entre correctement en relation avec l'interlocuteur. Il interagit normalement. Il est sensible à l'humour. Il peut s'intéresser voire montrer un certain plaisir, lorsqu'il rapporte des anecdotes qui l'ont intéressé et amusé ces derniers temps.

M. K. _____ est certes souffrant. Il recherche constamment des positions antalgiques. Il est révolté et vit sa situation d'assisté avec non seulement des sentiments de honte mais encore d'injustice.

Rapporté à une appréciation *strictement médicale*, le tableau reste néanmoins celui d'un seul état dépressif modéré qui ne vaut pas pour une incapacité de travail significative et durable. On est tout de même bien loin des pathologies

psychiatriques graves que seraient une dépression dite mélancolique, une psychose schizophrénique ou une démence dégénérative de type Alzheimer.

• *Points nécessitant un examen particulier*

En cas de trouble somatoforme, le soussigné est persuadé que deux critères complémentaires sont essentiels pour apprécier la gravité du trouble. Le premier de ces critères est celui de la comorbidité psychiatrique. Le soussigné considère qu'elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle doive être considérée à part de ce que désigne déjà le trouble somatoforme.

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est celle d'un seul épisode dépressif moyen. Le trouble n'a pas la gravité et la spécificité qui justifieraient qu'il soit considéré à part du syndrome douloureux somatoforme persistant. Il est aussi apparu dans un deuxième temps, après le tableau clinique somatoforme. Il n'est pas accompagné d'autres pathologies psychiatriques significatives (trouble anxieux spécifique, trouble de personnalité). Pour le soussigné, il n'a pas la sévérité qui lui conférerait une valeur incapacitante en soi.

En cas de trouble somatoforme, le soussigné est persuadé que le deuxième critère essentiel pour apprécier la gravité du trouble est celui de l'intégration sociale et de la vie relationnelle des sujets en cause.

(...)

Dans le cas présent, l'expertisé garde de bonnes capacités relationnelles. Elles ont été constatées lors des deux consultations d'expertise. L'assuré rapporte par ailleurs des contacts sociaux quasi normaux, même s'ils ont quelque peu diminué depuis qu'il y a eu atteinte à sa santé. Il n'est nullement isolé. Il a des amis. Il garde des liens consistants dans sa famille.

(...)

Certains douloureux chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne changera, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas de M. K. _____, on ne saurait admettre qu'on soit face à un état psychique cristallisé. L'assuré garde une mobilité émotionnelle indiscutable. Il peut s'animer. Il peut se montrer intéressé voire jovial. Il noue un bon lien avec l'examineur. Il participe émotionnellement à la relation avec une affectivité qui réagit à ce qui se passe dans l'entretien.

Au vu de tous ces arguments, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Avant le mois de décembre 2006, tout indique qu'on était face à un seul syndrome douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique. Par la suite, il y a certes un épisode dépressif. Il est néanmoins tout au plus moyen ou modéré, si on applique les critères incontournables de la CIM-10 pour en estimer la gravité. Le réseau social est conservé. Les autres points considérés dans ce cas ont été discutés plus haut. Bref, on doit admettre qu'il n'y a pas ici d'incapacité de travail psychiatrique, dans la mesure où on se réfère au modèle strictement médical.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité. Il y a le suivi par un médecin de premier recours. Il y a la prise en

soins psychothérapeutique par un psychologue et la médication psychotrope. Le soussigné n'a rien à proposer sur le plan thérapeutique.

Sur le plan professionnel, on voit mal ce qui pourrait être suggéré dans la situation d'un assuré qui se vit comme totalement invalide et qui n'envisage pas de reprise d'activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

(...)"

Par détermination du 2 juin 2010, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions dans le sens d'un rejet du recours et du maintien de la décision querellée. Il a joint l'avis médical établi le 27 mai 2010 par le Dr M. _____ du SMR, qui relève que le rapport d'expertise judiciaire du Dr G. _____ est complet et détaillé, prend en compte les plaintes de l'assuré et dénote une pleine connaissance du dossier de la part de l'expert. Les points litigieux étant clairement discutés et les conclusions dûment motivées, le Dr M. _____ déclare s'y rallier.

Le 18 août 2010, le recourant a fait part de ses déterminations, au terme desquelles il a requis l'audition d'un témoin en vue de déterminer quelle expertise, rhumatologique ou pluridisciplinaire il y aurait lieu d'ordonner. Il fait notamment valoir, en se référant à un rapport établi le 21 juin 2010 par le psychologue B. _____ du cabinet du Dr Z. _____ par qui il est suivi, que l'état de santé décrit par le Dr Z. _____ dans le rapport du 19 juin 2007 est inchangé. Ainsi, une capacité de travail de 50 % au maximum devrait lui être reconnue. Quant à son état de santé physique, il fait valoir une aggravation de ses troubles en ce sens qu'une IRM cervico-dorso-lombaire effectuée lors de son hospitalisation au mois d'avril 2010 a mis en évidence une hernie discale L4-L5 paramédiane et latérale gauche entrant probablement en conflit avec l'émergence de la racine de L5 gauche, une spondylarthrose en L3-L4 et L4-L5 avec sténose modérée du trou de conjugaison L4-L5 gauche en plus de discopathie dorsale étagée associée à une spondylose dorsale antérieure assez marquée. Au niveau cervical, une discopathie et protrusion disco-ostéophytaire en barre de C6-C7 prédominant à droite avec conflit possible sur la racine C6 associée à une discopathie modérée C5-C6 a été mise en évidence (cf. conclusions du rapport radiologique de la Clinique [...] du 6 avril 2010 annexé). Selon le recourant, une capacité

de travail de 50 % au plus dans une activité devrait lui être reconnue en raison des atteintes à la santé physique qu'il présente, conformément aux conclusions du rapport 19 juillet 2010 du Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne et coordinateur pour la médecine interne, annexé à ses déterminations.

L'OAI s'est déterminé sur le courrier du recourant du 18 août 2010 et de ses annexes par écriture du 9 septembre 2010, à laquelle était joint l'avis du Dr M._____ du SMR du 6 septembre précédent. Il maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise et nie la nécessité de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, rhumatologique ou pluridisciplinaire. Dans l'avis SMR du 6 septembre 2010, le Dr M._____ prend position comme il suit :

"Vous demandez si le courrier du Dr V._____ à Me Agier du 19.07.2010 fait état d'éléments nouveaux par rapport à la situation de 2004 et s'il est de nature à jeter un doute sérieux sur l'expertise du Dr N._____.

Ce document nous apprend que le Dr V._____ a pris en charge pour la première fois l'assuré le 01.04.2010, soit plus de deux ans après la décision litigieuse. Il ne peut donc pas attester de la situation qui prévalait en mars 2008.

A la lecture de ce courrier, on constate que tant la symptomatologie douloureuse que les diagnostics radiologiques sont les mêmes que ceux rapportés par le Dr N._____ dans son rapport d'expertise en 2004. En effet, des troubles dégénératifs antérieurs du rachis cervical C6-C7 sont connus chez cet assuré depuis 1999 (radiographie colonne cervicale face et profil du 02.09.1999). De même la radiographie de colonne lombaire face et profil du 20.04.2000 montrait entre autres une ostéophytose L3-L4 ainsi que de D8 à D12 et l'IRM lombaire du 10.05.2002 mettait en évidence une hernie discale L3-L4. Sur le plan médical objectif, il n'y a donc pas de fait nouveau de nature à modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité. Les atteintes dont souffre cet assuré sont de nature dégénérative. Il y a donc tout lieu de s'attendre à leur progression lente au fil des années. Nous n'avons toutefois aucun argument médical permettant d'admettre au titre de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé était significativement aggravé en mars 2008, de manière à rendre caduques les conclusions de l'expertise du Dr N._____.

L'appréciation d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée faite par le Dr V._____ résulte, jusqu'à preuve du contraire, d'une appréciation différente d'une même situation, émanant d'un médecin non spécialiste en rhumatologie. De plus, cette appréciation, même si elle devait s'avérer fondée, ne

présumerait en rien que la capacité de travail dans une activité adaptée fût déjà réduite en mars 2008."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; 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 - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

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

2. Sont litigieuses l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail résiduelle. Il s'agit dès lors d'examiner si l'état de santé de l'assuré justifie le refus des prestations d'invalidité, à savoir une rente et des mesures professionnelles.

a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, 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 (art. 6 LPGA). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % (art. 28 LAI) au moins et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20 % au moins.

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).

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

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de

vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

3. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente.

a) D'emblée, il y a lieu de relever que, constatant que certains éléments médicaux au dossier étaient contradictoires et que l'expertise psychiatrique de la Dresse T._____ avait posé quelques problèmes, de sorte qu'elle se trouvait entachée, sinon d'un vice, du moins d'une apparence de légèreté nuisant à sa force probante, le juge instructeur a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a déposé son rapport le 28 avril 2010.

Se fondant sur l'appréciation du Dr Z._____, psychiatre traitant, et du psychologue B._____ qui le suit au sein du cabinet du précité depuis 2007, le recourant estime que son état de santé psychique (état dépressif chronique sévère avec idées suicidaires F33.2 et troubles de la personnalité sans précision F60.9) ne lui permet pas de travailler à plus de 50 %. Pour sa part, l'intimé considère que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr G._____ remplit tous les critères posés par la jurisprudence, si bien qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. Sur le plan somatique, le recourant conteste les conclusions de l'expert N._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, qui, dans son rapport du 16 juin 2004, conclut à une capacité résiduelle de travail nulle dans l'ancienne activité du recourant mais à une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout. Se fondant sur l'appréciation du COPAI de mai 2003 et celle, récente (19 juillet 2010), du Dr V._____, spécialiste FMH en médecine interne qui le suit depuis le mois d'avril 2010, le recourant prétend que les atteintes dégénératives qu'il présente affectent sa

capacité de travail, qui serait au maximum de 50 %. Il requiert une nouvelle expertise rhumatologique, voire pluridisciplinaire. De son côté, l'OAI retient que les conclusions de l'expert N._____ satisfont aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante et que ni l'appréciation du médecin conseil du COPAI, ni celle du nouveau médecin traitant du recourant ne comportent d'élément susceptible de remettre en cause dite valeur probante.

b) Au vu de l'ensemble des pièces médicales relatives à l'état de santé psychique de l'assuré, on doit reconnaître à l'expertise du Dr G._____ une pleine valeur probante. Le rapport d'expertise de l'expert du 28 avril 2010 contient en effet une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives délivrés par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen psychiatrique, qui s'est déroulé sur deux séances, la première en présence d'un traducteur portugais/français; il s'achève par une appréciation motivée de la capacité de travail de l'intéressé compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. Le Dr G._____ a clairement expliqué les motifs pour lesquels il n'avait retenu aucune incapacité de travail, malgré les diagnostics retenus de trouble somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique).

L'appréciation psychiatrique du Dr G._____ est non seulement cohérente, mais elle n'est au demeurant pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins (rapport du 19 juin 2007 du Dr Z._____, psychiatre traitant) comme du psychologue B._____ (rapport du 21 juin 2010) qui se sont exprimés sur l'état de santé psychique du recourant. Que le psychologue B._____ ou le Dr Z._____ ne partagent pas l'opinion de l'expert judiciaire en ce qui concerne la gravité des troubles psychiatriques diagnostiqués et leur impact sur la capacité de travail de l'intéressé ne suffit pas à battre en brèche ses conclusions. En effet, au vu de la distinction consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions

d'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 contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Alors que l'expert judiciaire s'est, à juste titre, fondé *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6, p. 398 et ss), soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10^e révision (CIM-10), pour retenir la présence d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique, F32.1) et celle d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et pour évaluer leur intensité, leurs éventuels liens avec des facteurs contextuels, leur impact clinique et éventuellement handicapant, tant le rapport du Dr Z._____ que celui du psychologue B._____ se contentent d'indiquer les diagnostics retenus (état dépressif chronique sévère, sans symptomatologie psychotique avec idées suicidaires F33.0 et troubles de la personnalité sans précision F60.9) après avoir énuméré un certain nombre de symptômes, lesquels, au demeurant, ne permettent pas de conclure à la présence d'un trouble dépressif même léger, ni à celle d'un trouble de la personnalité, comme le relève d'ailleurs le Dr M._____ du SMR dans un avis médical du 27 décembre 2007.

c) En tout état de cause, le rapport d'expertise du Dr G._____ a été établi de manière consciencieuse, après avoir rencontré le recourant à deux reprises, avec le concours d'un interprète lors du premier entretien, en tenant compte des opinions émanant des divers médecins et psychologues qui ont examiné l'assuré et en prenant en considération les plaintes actuelles de l'intéressé. Son avis est en outre partagé par le Dr M._____ du SMR et celui de la Dresse T._____, qui avait également posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant en 2005.

5. a) Sur le plan somatique, et au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, on doit également reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus à l'expertise rhumatologique N._____ du 16 juin 2004. Elle se fonde en effet sur un examen clinique complet du recourant, expose de façon minutieuse et détaillée les éléments diagnostiques et comporte des conclusions claires. Il fait également état des indications subjectives délivrés par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique; il s'achève par une appréciation motivée de la capacité de travail de l'intéressé compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. L'expert N._____ a clairement expliqué les motifs pour lesquels il n'avait retenu aucune incapacité de travail, malgré les diagnostics retenus, soit notamment des lombosciatalgies bilatérales prédominantes à gauche et présence d'une hernie discale L4-L5 médiane, paramédiane gauche. Il a notamment exposé que s'il pouvait considérer une altération globale de la mobilité tronculaire incluant des possibles signes irritatifs aux membres inférieurs, difficilement reproductibles dans un contexte de hernie discale L4-L5 visualisée par scanner et IRM, l'examen clinique avait été parasité par de nombreux signes de surcharge comportementaux, troubles évocateurs d'un syndrome d'amplification des symptômes. C'est pour ce motif, que l'expert a retenu une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout. L'appréciation du Dr N._____ n'est elle non plus pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins (rapport du Dr J._____ du 27 mai 2003 lors du stage du recourant au COPAI, rapport du Dr V._____ du 19 juillet 2010). En ce qui concerne l'évaluation effectuée par le médecin conseil du COPAI en 2003, il est utile de rappeler que les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment

motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). Or, si on examine de près le rapport du Dr J._____, on constate que celui-ci a posé le seul diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant en se fondant principalement sur les plaintes du recourant et sur le score obtenu par celui-ci au test d'évaluation de la douleur et s'est basé sur les mauvais rendements obtenus en atelier pour admettre une pleine capacité de travail avec un rendement diminué de 50 %. C'est donc en vain qu'on cherchera dans ce rapport des éléments médicaux objectivement vérifiables et qui auraient été ignorés par l'expert N._____, et donc suffisamment pertinents pour battre en brèche les conclusions de ce dernier (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références). En ce qui concerne l'avis médical du Dr V._____, il suffit de se référer à l'avis émis par le Dr M._____ à son égard qui relève à juste titre, d'une part que ce médecin n'a pris en charge le recourant qu'en avril 2010 et qu'il ne peut par conséquent attester de la situation qui prévalait en mars 2008, au moment où la décision litigieuse a été rendue, d'autre part qu'il n'y a pas de fait nouveau de nature à modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité, puisque la symptomatologie douloureuse et les diagnostics radiologiques sont les mêmes que ceux rapportés par l'expert N._____ (la présence de troubles dégénératifs antérieurs du rachis cervical C6-C7 étant connus depuis 1999, de même que la présence d'une ostéophytose depuis 2000 et celle d'une hernie discale L3-L4 depuis 2002). Enfin, il faut constater que l'avis médical du Dr V._____, qui, contrairement à l'expert n'est pas un spécialiste de la rhumatologie, ne contient aucun élément médical permettant de considérer que l'état de santé somatique du recourant s'était significativement aggravé en mars 2008, de manière à rendre caduques les conclusions de l'expert N._____.

Cela étant, il faut considérer que la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures

d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions du recourant.

6. a) Comme on l'a vu au considérant 4 ci-dessus, il ne se justifie pas que la Cour de céans s'écarte des conclusions de l'expert judiciaire G._____ quant à la présence et à l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant, de sorte qu'il convient d'admettre que l'affection psychiatrique n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail. On relèvera tout au plus que c'est à juste titre que l'expert judiciaire a considéré que les troubles psychiques présentés par le recourant ne sont pas invalidants et que celui-ci dispose de ce fait d'une pleine capacité de travail. En effet, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En

présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2). Dans le cas présent, il résulte clairement de l'expertise judiciaire que le recourant ne présente pas, en sus du syndrome somatoforme douloureux persistant, une comorbidité psychiatrique importante, mais seulement un état dépressif modéré qui, pour s'être manifesté après l'apparition du syndrome somatoforme douloureux persistant, est intégré à celui-ci de l'avis de l'expert. Il n'y a par ailleurs ni perte d'intégration sociale, le recourant sortant notamment régulièrement pour voir ses amis, ni cristallisation de l'état psychique du recourant, qui peut se montrer jovial et faire preuve du sens de l'humour.

b) En ce qui concerne l'état de santé somatique du recourant, il n'y a pas non plus de motifs de s'écarter des conclusions de l'expert N._____, qui a conclu de façon claire et convaincante que l'altération globale de la mobilité tronculaire incluant de possibles signes irritatifs n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en relevant que l'examen clinique avait été parasité par des troubles comportementaux évocateurs d'un syndrome d'amplification des symptômes.

Dans ces conditions, la Cour de céans retient que, du point de vue de l'assurance-invalidité, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans un travail adapté à ses limitations somatiques fonctionnelles. L'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, non contesté au demeurant par le recourant, se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis mars 2002. La comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA) est correcte, en particulier en ce qui concerne l'abattement de 10 % opéré. Le degré d'invalidité de 7,25 % auquel aboutit l'OAI étant inférieur au taux minimum légal de 40 % (art. 28 LAI) ouvrant le droit à une rente, comme d'ailleurs au taux minimum de 20 % ouvrant le droit à des mesures professionnelles, la décision de l'OAI refusant de telles prestations au recourant est justifiée.

7. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

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 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 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 10 mars 2008 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.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :