

VD_FINDINFO AI 345/10 - 216/2011 vom 28. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_345_10_-_216_2011

FR: VD_FINDINFO AI 345/10 - 216/2011 du 28 mars 2011

IT: VD_FINDINFO AI 345/10 - 216/2011 del 28 marzo 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INCAPACITÉ DE GAIN, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 61 let. g LPGA, 61 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.03.2011 AI 345/10 - 216/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INCAPACITÉ DE GAIN, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 61 let. g LPGA, 61 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 345/10 - 216/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 28 mars 2011

Présidence de M. Abrecht Juges : MM. Berthoud et Monod, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :

K. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Romano Buob, avocat à Vevey, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 6 ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI E n f a i t : A. a) K. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1957, est marié et père de deux enfants, nés respectivement en 1987 et 1992. Il a travaillé comme menuisier/poseur pour fenêtres et portes auprès de la société A. _____ SA, à [...], du 7 janvier 1991 au 9 février 2000; licencié le 31 mars 2000, il a repris une activité de menuisier qualifié pour le compte de la société G. _____ Sàrl. Le 6 décembre 2001, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi de mesures médicales de réadaptation et, subsidiairement, d'une rente, en faisant état d'une hernie discale cervicale. b) Dans un rapport médical du 7 janvier 2002 adressé à l'OAI, le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de cervicalgies et de brachialgies droites, apparues à la fin du mois d'avril 2001, persistantes malgré divers traitements médicamenteux, antalgiques, anti-inflammatoires et de physiothérapie. Il relevait aussi un syndrome radiculaire C6 droit sur hernie discale C5-C6 droite ainsi que des lombalgies sur discopathie L4-L5 avec hernie discale médiane et attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 26 novembre 2001 dans l'activité de menuisier. Ce praticien préconisait une reconversion dans une activité professionnelle sans port de charges lourdes et ménageant l'ensemble du rachis cervico-dorso-lombaire. c) Au terme d'un stage d'observation professionnelle de trois mois

effectué à partir du 9 septembre 2002 au centre de l'Organisation romande pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées (ci-après : ORIPH) de [...], il a été constaté que l'assuré pouvait se prévaloir de bonnes aptitudes dans les domaines de la mécanique, de l'électricité, ainsi que dans d'autres activités. Il a également été relevé que l'assuré avait marqué un intérêt pour le secteur du montage de tableaux électriques. Au terme de ce stage d'observation professionnelle, l'assuré a alors bénéficié de mesures professionnelles au centre ORIPH de [...] dans le secteur du montage des tableaux électriques, jusqu'au 31 janvier 2004 (cf. lettre A.e infra). d) Selon un rapport médical du 7 février 2003 de la Dresse E. _____, travaillant dans le cabinet de psychiatrie du Dr D. _____, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif majeur existant depuis 2002, en rémission partielle, se plaignait de quelques symptômes résiduels de l'épisode dépressif et relatait en outre une fatigue, une agitation intérieure qui avait toutefois nettement diminué et des troubles de la concentration et de la mémoire. Les troubles cognitifs ne réduisaient pas sa capacité d'apprentissage du travail manuel, qu'il effectuait actuellement. Cependant, il faisait état d'une petite appréhension par rapport aux cours théoriques prévus fin février 2003, du fait de ces troubles qui étaient en voie d'amélioration. La consolidation récente de son état semblait avoir été favorisée par la reprise de la psychothérapie mais aussi par la valorisation que représentait une activité de réhabilitation. Le patient travaillait actuellement à 100% dans cette activité de réadaptation dans le domaine de l'électricité et cela semblait lui convenir. En revanche, il considérait que le stage de réadaptation, se déroulant dans un milieu protégé, n'était pas représentatif du stress lié à un travail dans l'économie. Sa capacité de travail sur le marché de l'emploi ne pouvait pas encore être définie avec précision à ce stade. Dans un avis médical SMR du 13 novembre 2003, le Dr L. _____ a considéré qu'il n'y avait pas de limitations pour une activité de monteur en tableaux électriques, qui était exigible à 100%, et que la mesure de réadaptation pouvait être menée à bien à plein temps au plus tard jusqu'à son terme prévu à fin janvier 2004. e) La mesure de reclassement accordée à l'assuré au centre ORIPH de [...] en qualité de monteur de tableaux électriques s'est achevée le 31 janvier 2004. Du rapport de ce centre, daté du 3 février 2004, il ressort que l'assuré éprouvait des difficultés insurmontables en théorie nécessitant un arrêt de certains cours; s'il possédait un très bon sens pratique surtout pour les travaux d'usinage et d'assemblage, il ne pouvait dépanner ses montages de manière autonome car les problèmes rencontrés en théorie se ressentaient en pratique; en outre, l'assuré se plaignait fréquemment de douleurs, qui généraient des absences et des manquements; lors des stages effectués dans les sections soudure et mécanique, les mêmes difficultés étaient apparues et ces options étaient irréalisables; enfin, l'assuré avait l'air souvent triste et son état psychique était fragile. Le 25 février 2004, le Dr L. _____ a précisé, en complément à son avis médical SMR du 13 novembre 2003 (cf. lettre A.d supra), que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% dans toutes activités respectant les limitations fonctionnelles suivantes: éviter les travaux en dessus de la ligne des épaules; éviter le levage et le port de charges; veiller à l'alternance des postures de travail. f) Dans un rapport du 29 avril 2004 adressé à la Division administrative de l'OAI, la Division réadaptation de cet office a conclu à la nécessité de procéder à une approche théorique, en exposant ce qui suit : " Notre assuré a donc terminé en date du 31.01.04 la mesure de reclassement que nous lui avons accordée à l'ORIPH de [...] en qualité de monteur de tableaux électriques. Comme en témoigne le rapport du Centre daté du 03.02.04, cette formation a fait ressortir diverses limitations, dont voici le résumé: • Alors que M. K. _____ dispose d'excellentes aptitudes pratiques, ses capacités théoriques se sont avérées, trop limitées pour envisager

une formation complète de monteur en tableaux électriques. Toutefois, au vu de ses bonnes prédispositions dans les travaux d'usinage ou d'assemblage, une formation moins complète ou dans un autre secteur du Centre a été envisagée. • Néanmoins, quels que soient les travaux proposés à notre assuré, il a été constaté que celui-ci se plaignait de douleurs et de troubles du sommeil ayant des répercussions notables sur sa concentration et son rendement. • M. K. _____ a également présenté un taux d'absentéisme de l'ordre de 20%, alors même qu'une pleine exigibilité avait été établie pour cette formation. Face à de tels constats, notre Service médical a été tenu régulièrement informé des difficultés rencontrées par notre assuré, et a établi un avis très clair sur l'exigibilité, ce en date du 13.11.03. De cet avis, il ressort: • Que l'exigibilité est complète dans l'activité de monteur de tableaux électriques • Que ni l'atteinte somatique ni les troubles psychiques présentés par notre assuré ne sont de nature à limiter sa capacité de travail. Toutefois, face à l'impossibilité d'envisager un poste qualifié de monteur de tableaux électriques, pour lequel M. K. _____ n'est pas parvenu à se former en raison de ses lacunes théoriques, nous avons sollicité un complément auprès du SMR, afin de fixer les limitations fonctionnelles au plan somatique. En date du 25.02.04, les indications suivantes nous ont été données: Toute activité respectant les limitations ci-dessous est exigible à 100% : • Eviter les travaux en dessus de la ligne des épaules • Eviter le levage et le port de charges • Veiller à l'alternance des postures de travail Ceci étant, et compte tenu du fait que notre assuré n'a pu que très partiellement profiter des mesures professionnelles que nous lui avons pourtant accordées sur une durée de près de 18 mois, nous nous devons de conclure ce dossier par l'approche théorique suivante: Revenu sans invalidité: sans ses problèmes de santé, M. K. _____ aurait pu poursuivre son activité de menuisier qualifié, et percevrait actuellement un salaire de fr. 30.05 par heure (classe CE selon CCT [convention collective de travail], notre assuré ayant été classifié dans cette catégorie supérieure par ses deux derniers employeurs), ce qui nous amène à un revenu annuel de fr. 30.05 x 41 heures (horaire annuel moyen, selon CCT) x 52 semaines: 12 x 13 = fr. 69'405.--. Revenu d'invalidé : en raison de ses problèmes de santé, notre assuré ne peut plus exercer son activité de menuisier, mais possède une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations précitées. Tel serait le cas dans les postes suivants, accessibles à notre assuré, compte tenu de ses bonnes aptitudes pratiques et des connaissances supplémentaires acquises lors de son parcours à l'ORIPH: Contrôleur, microsoudeur (DPT 5678) Façonneur de lumières (DPT 3724) Employé au montage, câblage (DPT 2260) Laboriste (DPT 3334) Opérateur EMA (DPT 5967) Opérateur (DPT 1344) Employé à l'ajustage (DPT 5786) Ces divers postes permettent de déterminer un revenu annuel moyen de fr. 59'014.--, représentant la capacité de gain actuelle de notre assuré. " B. a) Par décision du 29 juin 2004, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assuré, au motif que la comparaison du revenu sans invalidité de 69'405 fr. avec le revenu d'invalidé de 59'014 fr. faisait apparaître une perte de gain de 10'391 fr. et donc un degré d'invalidité de 15%. b) Par courriers des 19 et 26 août 2004 et avec l'assistance de Q. _____, Protection juridique, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Dans le cadre de son opposition, l'assuré a produit un rapport médical établi le 12 août 2004 par le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce praticien y constatait un état dépressif léger et posait le diagnostic de changement durable de la personnalité (F62.0). Il relevait que les substrats organiques représentaient un événement traumatique qui, sans avoir l'allure d'un état de stress post-traumatique, avait mis sérieusement en péril la possibilité du patient d'exercer un métier qu'il avait chèrement acquis et qu'il aimait beaucoup. Il estimait

que les chances de progrès par la psychothérapie étaient minces malgré la collaboration du patient et exprimait l'avis personnel que l'on pouvait exiger de l'assuré une capacité de travail de 50% à terme (6-12 mois) et qu'il était probable qu'une incapacité de travail de 50% fût déjà fixée, et cela de manière relativement durable. Il préconisait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. L'assuré a également produit un certificat médical établi le 1^{er} septembre 2004 par le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne, dans lequel ce praticien attestait suivre l'assuré depuis plusieurs années sur le plan médical physique et estimait qu'en raison de la persistance d'une symptomatologie algique avec épisodes d'exacerbations aiguës en relation avec les diagnostics relevés dans les différents rapports en main de l'assurance invalidité, et après une tentative de reprise d'activité professionnelle depuis 2004, il semblait justifié, du point de vue physique, de prescrire une incapacité de travail de 50%, étant précisé que la chronicité de la situation et de la symptomatologie laissait envisager une incapacité vraisemblablement de longue durée. c) Ensuite d'un avis médical SMR établi le 15 juin 2005 par le Dr L. _____, l'assuré a été convoqué au SMR pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, qui a été effectué le 17 mars 2006 par le Dr J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, ainsi que par le Dr Y. _____, se prévalant du titre de "psychiatre FMH". Selon le rapport d'examen clinique du 8 août 2006, l'assuré était atteint de cervico-brachialgies droites et lombosciatalgies droites, dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C5-C6 droite et C6-C7 gauche, de séquelles de la maladie de Scheuermann, d'une tendomyogélose en cascade du membre supérieur droit, d'un syndrome rotulien droit et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11 selon la CIM-10). Sur le plan somatique, les experts ont constaté que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En raison de l'atteinte au rachis, il était nécessaire de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port de charges d'un poids excédant 12 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et l'élévation ou l'abduction des membres supérieurs à plus de 80° étaient contre-indiqués. Les limitations fonctionnelles en raison des atteintes aux genoux étaient le travail imposant des genuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Ainsi, l'activité de monteur de tableaux électriques, telle que pratiquée par l'assuré à l'ORIPH, était tout à fait adaptée à son atteinte somatique. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse mettait en évidence un premier épisode dépressif, en septembre 2001. L'assuré avait interrompu les soins, puis, suite à un effondrement psychique, avait repris un traitement chez la Dresse E. _____ en janvier 2002, ce qui avait permis une reprise de l'activité à 100% dans son programme de réadaptation, dans le cadre de l'ORIPH en septembre de la même année. Le rapport médical du 12 août 2004 du Dr F. _____ concluait à une capacité de travail exigible de 50% en posant le diagnostic de modification durable de la personnalité (F62.0 selon la CIM-10). En règle générale, ce diagnostic était imputable à une expérience de catastrophe (camp de concentration, torture, otage), ou à l'expérience traumatisante d'une maladie psychiatrique sévère, ce qui n'était pas le cas de l'assuré, qui avait présenté une symptomatologie dépressive réactionnelle à sa situation professionnelle. En outre, les changements devaient être permanents (selon la CIM-10) et s'accompagner d'un comportement rigide et mal adapté. Or l'intensité de cette symptomatologie, selon les critères de la CIM-10, était moyenne (pas de passage à l'acte suicidaire, pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique) pendant quelques mois. Sous traitement antidépresseur ambulatoire, l'assuré avait pu participer aux mesures de

réadaptation à partir du mois de septembre 2002. Avant l'été 2004, l'assuré avait contacté ses anciens patrons et avait recommencé une activité professionnelle, montrant ainsi que son état de santé psychique s'était modifié et amélioré. L'examen psychiatrique avait ainsi révélé une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, l'assuré pouvant faire face aux activités de la vie quotidienne, comme s'occuper du repas de midi pour lui et ses enfants et s'occuper de sa chienne, en adaptant les heures de travail en fonction de la demande. Vu la persistance de sa symptomatologie depuis le mois d'août 2004, déjà présente lors de l'expertise du Dr F. _____, il y avait lieu de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 selon la CIM-10), entraînant une incapacité de travail de 20%. En conclusion, les experts du SMR estimaient que l'assuré présentait une capacité de travail exigible nulle en tant qu'indépendant faisant du montage de portes et de fenêtres, de la maçonnerie et de la menuiserie lourde, et de 30% dans la manutention légère et la menuiserie légère, soit dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était totale pour la période allant du 24 avril au 31 août 2001, puis nulle pour la période allant du 1^{er} septembre 2001 (début de la prise en charge chez le Dr F. _____) au 31 août 2002, pour des raisons psychiques; dès le 1^{er} septembre 2002 et jusqu'au 31 juillet 2004, période correspondant au stage à l'ORIPH, elle était à nouveau totale; à partir du mois d'août 2004, une incapacité de travail de 20% pour des raisons psychiques devait être retenue. d) Par décision sur opposition du 17 novembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Se fondant en particulier sur les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR du 8 août 2006 (cf. lettre B.c supra), il a considéré que l'assuré, dont la capacité de travail exigible était évaluée à 80% dès le mois d'août 2004, présentait sur la base d'une comparaison d'un revenu sans invalidité de 69'405 fr. avec un revenu d'invalidé de 47'211 fr. (correspondant à 80% de 59'014 fr.) un degré d'invalidité de 32%, qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. e) L'assuré, représenté par l'avocat Romano Buob, a recouru le 28 décembre 2006 auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud contre cette décision sur opposition, en concluant à son annulation, soit à sa réforme en ce sens qu'à partir du mois d'août 2004, il avait droit à des prestations AI sous la forme d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à une rente partielle selon les précisions que justice dirait. Dans sa réponse du 22 mars 2007, l'OAI a indiqué que les arguments avancés par le recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position et que les attestations médicales des Drs F. _____ et B. _____ produites par le recourant n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause la décision attaquée. Le 31 août 2007, l'assuré a complété son recours, produisant à l'appui de ses déterminations une attestation médicale du 23 août 2007 du Dr F. _____, qui retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le Dr F. _____ soulignait que les constatations de ses rapports des 12 août 2004 et 18 décembre 2006 restaient en vigueur, tout en précisant qu'il y avait actuellement une aggravation de l'état de santé dans le sens d'une intensification du trouble anxieux et dépressif et des plaintes psychosomatiques. De l'avis de ce praticien, l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité, cela depuis l'aggravation de son état de santé au mois de décembre 2006. Sur le plan somatique, le recourant a produit un rapport médical du 27 août 2007 du Dr B. _____, dans lequel ce praticien relevait que tous les traitements prodigués depuis plusieurs années, notamment une prise en charge régulière au Centre médical de [...] par le Dr Z. _____, n'apportaient aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré, et attestait d'une capacité de travail réduite à 50% dans toute

activité. f) Par jugement du 29 mai 2008 (TASS 29 mai 2008/248), le Tribunal des assurances a annulé la décision sur opposition du 17 novembre 2006 et retourné le dossier de la cause à l'OAI pour qu'il procède à un nouvel examen psychiatrique, conformément aux considérants, puis rende telle nouvelle décision que de droit. Le Tribunal des assurances a considéré que sur le plan somatique, la situation était suffisamment claire. Les diagnostics posés par les différents médecins étaient les mêmes. En outre, le Dr B. _____ lui-même relevait, dans un premier temps, que la capacité de travail du recourant pouvait être entière dans une activité adaptée ménageant le rachis cervico-dorso-lombaire et préconisait un reclassement. Les collaborateurs de l'ORIPH avaient également noté une tendance du recourant à exagérer ses douleurs. Sur le plan psychiatrique, la question s'avérait en revanche plus délicate. En effet, le Dr Y. _____, qui avait signé le rapport du SMR du 17 mars 2006 (recte: 8 août 2006) en se prévalant du titre de "psychiatre FMH", avait obtenu le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie par décision de la FMH du 8 mars 2007 et avait reçu l'autorisation de pratiquer à titre indépendant par lettre datée du 24 juillet 2007 du Département de la santé et l'action sociale du canton de Vaud. Dès lors, en examinant l'assuré en date du 17 mars 2006 – et en signant au demeurant avec la mention "psychiatre FMH", le 8 août 2006 –, le Dr Y. _____ n'avait pas encore terminé la formation post grade lui permettant d'obtenir le titre de psychiatre FMH. Il s'était donc prévalu d'un titre qu'il ne possédait pas encore. En conséquence, la valeur probante du rapport médical du 17 mars 2006 (recte: 8 août 2006) était affaiblie au sens de la jurisprudence. Selon la Dresse E. _____, il n'y avait plus, en février 2003, de pathologie dépressive invalidante, mais on pouvait douter des capacités d'adaptation de l'assuré dans le circuit économique non protégé. De son côté, le Dr F. _____ évoquait un diagnostic nouveau (modification durable de la personnalité), concluait à une invalidité de 50 à 70%, pouvant évoluer vers un 50% à terme, et indiquait également que la complexité du cas justifiait une expertise psychiatrique. Ainsi, faute d'avis médical prenant clairement position sur la capacité de travail du recourant, le dossier devait être retourné à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique et notification d'une nouvelle décision telle que de droit. g) L'OAI a alors mandaté le Dr V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], proposé par le conseil de l'assuré, pour la réalisation d'une expertise indépendante. Le rapport de ce spécialiste, du 13 juillet 2009, contient un résumé du dossier médical (p. 2-4), une anamnèse complète (p. 4-6), les indications subjectives et plaintes actuelles de l'expertisé (p. 6-8), le status clinique et le résultat des tests psychologiques (p. 8-9), le diagnostic posé (p. 9), une appréciation finale circonstanciée avec des conclusions motivées (p. 10-15) et les réponses aux questions (p. 16-19), dont il ressort ce qui suit : " 4. Diagnostics (selon classification ICD-10 /DSM-IV-TR) a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présent[s]? Trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen, chronique) (F33.1) Ce trouble s'est progressivement installé depuis le début des années 2000 et sa sévérité a évolué en dents de scie. b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? Aucun sur le plan psychiatrique 5. Appréciation du cas et pronostic M. K. _____ est un ressortissant portugais de 52 ans, marié, père de deux grands enfants. Toute la famille est souffrante avec les problème[s] de santé de M. K. _____, la fibromyalgie de l'épouse et les difficultés socioéconomiques actuelles. Malgré des difficultés scolaires majeures, l'assuré a su bien s'insérer socio professionnellement et réussir sa vie personnelle et familiale jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Au début des années 2000, il y a peut être eu une certaine lassitude.

L'expertisé a songé à revenir dans son pays d'origine. Il s'est mis à son compte avec deux amis. Progressivement sont venues les plaintes douloureuses et des épisodes dépressifs. L'assuré a évolué vers l'adoption d'un comportement d'invalidé. Actuellement, il n'y a pas les critères requis pour poser un diagnostic de trouble somatoforme. La pathologie psychiatrique relève d'un seul trouble dépressif avec son évolution vers le haut et le bas, sans qu'il y ait de périodes intercritiques totalement asymptomatiques et ce depuis plusieurs années. En effectuant la moyenne indispensable dans un tel cas, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique de 25% depuis le 01.08.2004, en raison des limitations mentionnées plus haut. [...] L'expertisé peut présenter des épisodes dépressifs de plus ou moins grande sévérité, ce qui n'a rien d'inhabituel en clinique. Le dossier rapporte des épisodes de gravité moyenne, des épisodes de gravité légère et des épisodes en rémission partielle. Avec le cas de Monsieur K. _____, on est par conséquent dans la situation d'évaluation particulièrement difficile des évolutions en dents-de-scie où les limitations varient vers le haut et vers le bas et pour lesquelles il faut arriver à une appréciation moyenne de l'exigibilité d'une activité lucrative. En tenant compte que ce sujet présente des épisodes dépressifs de sévérité moyenne et des épisodes de sévérité légère, que ces épisodes sont probablement présents dans des proportions similaires et qu'il n'y a probablement plus de période vierge de toute symptomatologie depuis plusieurs années, le soussigné retient une incapacité de travail moyenne sur le seul plan psychiatrique qu'il chiffre à 25%. [...] Il est toujours difficile de remonter le temps et de dater des incapacités de travail psychiatriques après-coup. En se basant sur son observation et sur ce qu'il a trouvé dans les documents médicaux de cet assuré, le soussigné se rallie à ce qui a déjà été proposé au dossier en termes de dates et d'incapacités de travail jusqu'en été 2004 par les collègues du SMR Suisse romande, à défaut de pouvoir proposer des dates et des taux qui seraient mieux fondés. L'incapacité de travail peut dès lors être considérée comme entière entre le 01.09.2001 et le 31.08.2002. Elle est probablement de 0% entre le 01.09.2002 et le 31.07.2004, sans que le soussigné puisse en dire plus. Depuis le 01.08.2004, le soussigné retient quant à lui une incapacité de travail psychiatrique de 25%, faisant l'hypothèse qu'il n'y a pas eu de périodes intercritiques vierges de toute pathologie depuis lors et que l'épisode dépressif a oscillé entre des phases de gravité légère et des phases de gravité moyenne. " h) Par courrier du 17 septembre 2009, l'assuré, par son conseil, a contesté les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 13 juillet 2009 notamment sur l'évolution de l'incapacité de travail et sur le diagnostic de modification durable de la personnalité. A l'appui de ce courrier, il a produit une attestation écrite signée le 26 août 2009 par son épouse, dans laquelle celle-ci décrit les difficultés de la vie quotidienne et indique n'avoir constaté aucune amélioration depuis l'année 2001. i) Invité à prendre position, le Dr V. _____ a exposé ce qui suit le 11 février 2010 : " Pour mémoire, je rappelle avoir examiné l'assuré précité en date du 09.07.2009 et avoir étudié minutieusement le dossier médical que vous avez mis à ma disposition à l'occasion de ce mandat d'expertise psychiatrique. Au terme de ce travail, j'ai estimé que je possédais tous les éléments nécessaires pour répondre à vos questions. Il n'y avait aucun motif de revoir l'assuré. Il n'y avait aucun motif de rencontrer des proches et l'épouse, en particulier. Le cas de l'assuré K. _____ n'était pas exceptionnellement complexe, sachant que le diagnostic final était un seul trouble dépressif sans comorbidité psychiatrique. J'avais alors tous les éléments requis pour rédiger un rapport médical conforme aux exigences scientifiques d'une évaluation médicale objective et de valeur probante de la jurisprudence en la matière. Le soussigné a pris acte des arguments de l'avocat de l'assuré qui, pour

certains d'entre eux, se réfèrent au Dr F. _____ qui fut médecin psychiatre traitant de M. K. _____ dans le passé. Afin que son propre rapport d'expertise psychiatrique du 13.07.2009 soit nourri de tout ce qui est nécessaire à sa bonne compréhension, le soussigné tient à apporter les développements suivants sur l'intensité de l'état dépressif de l'assuré K. _____, sur l'évolution de cet état dépressif pendant ces dernières années, sur le diagnostic de modification durable de la personnalité et sur l'appréciation de l'incapacité de travail.

- Intensité de l'état dépressif de l'assuré K. _____ Dans son rapport médical du 12.08.2004 au médecin conseil de la R. _____, le Dr F. _____ retient un assuré authentiquement triste et anxieux et dont l'état dépressif est rapporté explicitement comme léger, le qualificatif figurant en toutes lettres dans le document en cause. Le confrère F. _____ fonde son diagnostic sur son appréciation clinique et sur le score de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (21 items) du 11.08.2004. Dans son attestation du 18.12.2006 deux ans plus tard, le Dr F. _____ rapporte que «le diagnostic retenu par moi dans mon courrier du 12.08.2004 au médecin conseil de la R. _____ reste valable». Il fait état d'un début de traitement le 20.01.2004. Il rapporte les symptômes dépressifs et douloureux. Il confirme que «cet état persiste à présent» et qu'il l'a vérifié lors de sa consultation du 04.09.2006. Si on suit le Dr F. _____, médecin psychiatre traitant de l'époque, il est explicitement confirmé que l'assuré K. _____ souffrait d'un état dépressif léger en août 2004 et qu'il souffrait encore d'un état dépressif léger au mois de septembre 2006. Dans la logique de la doctrine médicale ordinaire, on ne saurait dès lors corrélérer le trouble dépressif de cet assuré à une quelconque incapacité de travail.
- Evolution de l'épisode dépressif D'après les informations à disposition, l'assuré présente de longues périodes où l'épisode dépressif dont il souffre est tout au plus léger. Si l'on suit les écrits du Dr F. _____, ce degré de sévérité léger est d'ailleurs permanent et stable, au moins entre 2004 et 2006. Le soussigné a toutefois observé un épisode dépressif moyen, bien qu'on soit à la limite inférieure de ce degré de gravité. Il ne pense pas que cet assuré ait consciemment aggravé ses plaintes dépressives lors de la consultation du 09.07.2009, même si le trouble observé en consultation d'expertise est plus grave que ce que décrit le médecin psychiatre traitant. On doit dès lors admettre que l'état dépressif de l'assuré peut être temporairement de degré moyen. D'autres évaluateurs au dossier ont aussi constaté un épisode dépressif moyen. Le fait que la situation soit décrite comme figée tant par le Dr F. _____ que par le soussigné n'est pas en contradiction avec des variations d'intensité de l'épisode dépressif. L'assuré garde les critères d'un tel épisode depuis des années ce qui vaut pour un qualificatif de trouble chronique. Il peut présenter des aggravations transitoires de son trouble dépressif, tout en sachant que ces modifications d'intensité sont ici de faible amplitude. Considéré dans sa globalité, le trouble dépressif de l'assuré K. _____ est effectivement stable sur la durée.
- Modification durable de la personnalité L'avocat de l'assuré affirme que le Dr F. _____ aurait rapporté un diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, codé F62.1. Cette assertion est fautive, au vu des documents à disposition. Dans son rapport médical du 12.08.2004, le Dr F. _____ retient un changement durable de la personnalité qu'il code F62.0. Il va même plus loin dans ses précisions, sachant qu'il voudrait argumenter la «mise en danger» de la vie professionnelle de l'assuré comme une expérience de stress catastrophique. Il est donc clair que le confrère F. _____ a bien voulu poser un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. La remarque de l'avocat de l'assuré sur ce point n'est dès lors absolument pas fondée. Le Dr F. _____ ne fait aucune mention du diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique

codé F62.1, ce qui n'a rien d'étonnant Ce trouble est rarement retenu. Comme le souligne le Dr P. _____, il suppose que la maladie psychiatrique préexistante soit cliniquement guérie, ce qui n'est pas le cas ici. Pour le soussigné, il ne devrait aussi être retenu qu'après des troubles gravissimes, ce qui n'est certainement pas le cas ici. Le Dr F. _____ mentionne par contre le chapitre diagnostique F07 qui désigne les troubles de personnalité consécutifs à une atteinte cérébrale organique mise en évidence après les examens appropriés M. K. _____ n'a pas d'atteinte cérébrale organique. Il n'en a jamais été question. Un trouble organique de la personnalité ne saurait être envisagé dans ce cas. A toutes fins utiles, il convient aussi de rappeler que l'entité diagnostique de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe est rarement usitée. Si elle est répertoriée dans la CIM-10, elle n'existe pas dans le DSM-IV-TR, ce qui en relativise le poids nosologique. La littérature scientifique à ce sujet est quasi inexistante. Le soussigné n'en a tout simplement pas trouvée. Une telle entité diagnostique ne devrait dès lors être maniée qu'avec une extrême prudence. Pour le surplus, les critères diagnostiques du trouble ne sont pas remplis dans ce cas. L'assuré n'a pas vécu l'expérience de stress extrême requise pour le diagnostic. La CIM-10 cite tout de même le fait d'avoir été interné dans un camp de concentration, d'avoir été torturé ou victime d'une catastrophe naturelle, ce qui n'est pas le cas ici. Il n'y a par ailleurs pas eu d'état de stress post traumatique dans les suites, ce qui est un indice supplémentaire contre le trouble en cause. Le simple diagnostic de trouble dépressif peut décrire l'évolution psychopathologique de l'expertisé, sans qu'il soit nécessaire de porter un diagnostic additionnel. Pour le soussigné, le diagnostic de modification durable de personnalité n'a pas sa place ici. On peut être formel sur ce point. Au final, on doit aussi constater que le fait que le trouble modification durable de personnalité soit retenu ou ne soit pas retenu n'a pas de conséquence sur l'appréciation assécurologique. Le trouble en cause vaudrait essentiellement pour un marqueur de chronicité, sans plus. Il ne saurait valoir pour des limitations et des incapacités per se, au vu de la présentation clinique de l'assuré K. _____. • Incapacité de travail L'appréciation de l'incapacité de travail en cas de troubles psychiques est toujours un exercice difficile. Elle se fonde sur les limitations observées et sur les incapacités qui en résultent dans l'activité professionnelle de l'assuré en cause. On ne saurait corréler un diagnostic donné à une incapacité de travail fixe, quelle que soit la situation examinée. Un trouble anxieux n'a par exemple pas les mêmes répercussions chez un pilote de ligne que chez un indépendant qui peut moduler son activité selon ses besoins personnels. Dans le cas présent, le soussigné a rapporté certaines limitations liées au trouble dépressif de l'assuré K. _____. Celles-ci valent pour une incapacité de travail. La quantification de cette incapacité tient compte des fluctuations mineures de la thymie de M. K. _____. L'impression clinique d'un évaluateur expérimenté fait retenir un 25% d'incapacité de travail. Ce taux d'incapacité est très proche de ce qui avait d'ores et déjà été établi lors de l'évaluation bidisciplinaire du 17.03.2006 au SMR Suisse romande. On doit aussi rappeler que Mme le Dr E. _____ et le Dr D. _____, médecins psychiatres traitant de l'époque, attestaient une pleine capacité de travail psychiatrique dans leur rapport médical du 07.02.2003. Au passage, il convient de souligner que la table 19 de la SUVA pour les séquelles psychiques d'accidents à laquelle s'est explicitement référé le Dr F. _____ n'est pas un instrument pour chiffrer l'incapacité de travail. Cette table est un outil mis à la disposition des professionnels pour quantifier l'atteinte à l'intégrité après accident. L'atteinte à l'intégrité après accident n'est en rien assimilable à une incapacité de travail et à l'invalidité qui peut en découler. Il n'est pour le reste pas rare qu'un médecin expert s'écarte des conclusions du médecin traitant sur

le point particulier de l'incapacité de travail. L'expert doit statuer de façon objective en référence au principe général de Justice distributive visant l'égalité de traitement entre tous les assurés, le médecin traitant exerce son activité dans le cadre d'un mandat de traitement. Il peut se prévaloir d'un principe de bienfaisance et vouloir préserver la relation thérapeutique en évitant de se mettre en conflit avec son patient sur le point délicat de l'incapacité de travail. Il n'est dès lors pas inhabituel que le médecin traitant atteste des incapacités de travail plus élevées que celle de l'examineur médical neutre. En conclusion, le soussigné maintient intégralement son appréciation d'expertise psychiatrique, sachant aussi que l'attestation du 26.08.2009 émanant de l'épouse de l'assuré n'apporte pas d'éléments médicaux de nature à remettre en cause son appréciation du 13.07.2009. " j) Le 27 avril 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il se proposait de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, dès le 1^{er} août 2005, soit à l'échéance du délai de carence d'une année. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, ce projet de décision exposait ce qui suit : " De l'expertise qui a été effectuée par le Dr V. _____, il ressort que sur le plan psychiatrique une capacité de 75% peut vous être reconnue. L'expertise du Dr V. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Selon l'art. 16 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1], le degré d'invalidité des personnes assurées actives se détermine par le biais d'une comparaison des revenus. Le revenu du travail que la personne assurée pourrait réaliser en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation du marché du travail équilibrée (revenu d'invalidité) est comparé au revenu qu'elle aurait pu réaliser si elle n'était pas invalide (revenu de valide). [...] Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (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. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'588.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'771.50 (CHF 4'588.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'258.25. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+ 1% ; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'830.80 [en 2005] (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 43'373.12 par année. [...] Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 39'035.80. Vous cumulez deux emplois en 1999 (avant de devenir indépendant) et réalisiez un revenu annuel brut de Sfr 62'983.-, adapté à 2005, soit Sfr

68'372.-. C'est ce revenu que nous allons retenir pour calculer le préjudice économique subi. Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible sans invalidité CHF 68'372.00 avec invalidité CHF 39'035.80 La perte de gain s'élève à CHF 29'336.20 = un degré d'invalidité de 43%. " k) Le 26 mai 2010, l'assuré a contesté ce projet de décision, en produisant une brève lettre du Dr F. _____ du 25 mai 2010, dans laquelle ce praticien estimait qu'une appréciation de 25% d'incapacité de travail était purement théorique et maintenait pour sa part qu'il existait une incapacité chronique de 50%. l) Par décision du 7 septembre 2010, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 27 avril 2010 (cf. lettre B.j supra), l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, dès le 1^{er} août 2005. C. a) L'assuré, toujours représenté par l'avocat Romano Buob, a recouru contre cette décision par acte du 8 octobre 2010, en concluant avec suite de frais et dépens à ce que celle-ci soit réformée en ce sens qu'il est reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité, dès le 1^{er} août 2005, sous la forme de trois quarts de rente AI, subsidiairement selon ce que justice dira. A l'appui de ces conclusions, le recourant invoque l'appréciation de son psychiatre traitant, le Dr F. _____, "qui suit l'intéressé depuis des années et dont la vision par rapport à la réalité du cas est manifestement plus réaliste". Il fait valoir qu'à défaut de suivre les avis du Dr F. _____, retenant une incapacité de travail de 50%, il y aurait lieu de clarifier la situation sur le plan psychiatrique, en recourant à une expertise chargée de déterminer la capacité effective de travail du recourant, au vu de ses limitations fonctionnelles et de ses problèmes de santé tant somatiques que psychiques. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert ainsi qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée afin de déterminer sa capacité de travail; il demande en outre que son épouse soit entendue en qualité de témoin. Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée. b) Dans sa réponse du 24 janvier 2011, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il relève que le recourant conteste essentiellement les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr V. _____ du 13 juillet 2009, ainsi que son complément du 11 février 2010, lesquelles divergent de l'appréciation de son médecin traitant, le Dr F. _____. Or au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci. En l'espèce, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre, dont l'examen remplit tous les critères jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue; par ailleurs, tous les éléments ressortant des prises de position du Dr F. _____ étaient connus de l'expert et ont été pris en compte dans son appréciation de la capacité de travail du recourant. L'OAI constate également que la position de l'expert V. _____, que le représentant du recourant avait expressément proposé, rejoint parfaitement celle de l'examineur du SMR, avis qui n'avait été écarté par le Tribunal des assurances que pour des motifs formels. Il relève en outre qu'au moment où le Tribunal des assurances avait statué, le dossier contenait déjà deux avis du Dr F. _____, datés des 12 août 2004 et 18 décembre 2006, dans lesquels ce praticien estimait déjà la capacité de travail à 50%, mais préconisait la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. L'OAI indique ne pouvoir que s'étonner d'un tel revirement, dans la mesure où le Dr F. _____ avait dans un premier temps préconisé une expertise

psychiatrique en indiquant se borner à faire son travail de psychiatre traitant et à soutenir au mieux son patient, et où il conteste maintenant les conclusions de l'expertise en affirmant que la capacité de travail serait de 50% au maximum; il estime que les conclusions de l'expert V. _____ doivent être préférées à celles du Dr F. _____, beaucoup moins motivées et étayées, et émanant d'un médecin agissant au bénéfice d'un mandat thérapeutique. c) Par avis du 1^{er} février 2011, le juge instructeur a indiqué aux parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire était rejetée, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer étant réservé. Par ailleurs, dès lors que la contestation portait sur la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant sur le plan médical, il n'était pas donné suite à la requête du recourant tendant à l'audition de son épouse en qualité de témoin. Les parties ont ainsi informées que la cause était gardée à juger et que le dossier serait mis en circulation auprès de la cour dès que l'état du rôle le permettrait. Par courrier du 9 février 2011, le recourant a renouvelé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi que celle tendant à l'audition de son épouse comme témoin. Par avis du 14 février 2011, le juge instructeur a maintenu sa décision de ne pas donner suite aux requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire ainsi qu'à l'audition de son épouse en qualité de témoin ; il a une nouvelle fois réservé l'avis des autres membres de la cour auprès de laquelle le dossier serait mis en circulation dès que l'état du rôle le permettrait. 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par K. _____ contre la décision de l'OAI du 7 septembre 2010 lui octroyant un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2005. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence 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). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à

examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte uniquement sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. La capacité de travail du recourant sur le plan somatique – qui avait déjà été tranchée dans le jugement du Tribunal des assurances du 29 mai 2008 – ainsi que la date d'ouverture du droit à la rente ne sont pas contestés. Le recourant ne conteste pas non plus le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, ni les bases de calcul du revenu d'invalidé, mais uniquement le fait que ce calcul se fonde sur une capacité de travail de 75% et non de 50% comme le voudrait le recourant. 3 . a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et

enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4 et 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). 4. a) En l'espèce, en vue d'évaluer la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, l'OAI avait fait examiner l'assuré par le Dr Y._____, qui dans le rapport d'examen clinique du 8 août 2006 a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 selon la CIM-10) et a évalué la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique à 80% dès le 1^{er} août 2004. Sur cette base, l'OAI a retenu une capacité de travail de 80% dans sa décision sur opposition du 17 novembre 2006, dans laquelle il a confirmé son refus d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré pour le motif que celui-ci présentait un degré d'invalidité de 32%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente. Cette décision sur opposition a toutefois été annulée sur recours de l'assuré par jugement du 29 mai 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud, qui, constatant que la valeur probante du rapport d'examen clinique du 8 août 2006 était affaiblie en raison du fait que le Dr Y._____ n'avait à l'époque pas encore terminé la formation post grade lui permettant d'obtenir le titre de psychiatrie FMH, a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique et nouvelle décision. b) L'OAI a alors mandaté le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], pour une expertise indépendante (cf. art. 59 al. 3 LAI). Dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2009, ce spécialiste a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, chronique (F33.1 selon la CIM-10) et a évalué la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique à 75% dès le 1^{er} août 2004. Le rapport d'expertise du Dr V._____ du 13 juillet 2009 a été établi en pleine connaissance du dossier, se fonde sur des examens complets et prend dûment en considération les plaintes du recourant; il décrit clairement et de manière circonstanciée le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale, et ses conclusions sont soigneusement motivées et convaincantes. Ce rapport d'expertise, établi par un spécialiste indépendant, expert reconnu et qui a d'ailleurs été proposé par le conseil du recourant, satisfait ainsi à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue (cf. consid. 3c supra). c)

Il n'y a pas lieu de remettre en cause cette expertise et de procéder à de nouvelles investigations du seul fait que le Dr F. _____, ancien psychiatre traitant du recourant, a une appréciation différente de la capacité de travail du recourant, qu'il continue d'estimer à 50% dans sa lettre du 25 mai 2010. En effet, ce praticien ne fait pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr V. _____, mais estime sans autre motivation à 50% la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique, d'abord en retenant un état dépressif léger et un diagnostic de changement durable de la personnalité (F62.0 selon la CIM-10) (rapport médical du 12 août 2004), puis en retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (attestation médicale du 23 août 2007). Le Dr V. _____ a expliqué de manière claire, circonstanciée et parfaitement motivée, dans son rapport d'expertise du 13 juillet 2009 puis dans son complément du 11 février 2010, les raisons pour lesquelles il y avait lieu de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1 selon la CIM-10) – l'état dépressif fluctuant entre et moyen (à la limite inférieure de ce degré de gravité) –, et d'écarter tant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) que celui de changement durable de la personnalité (F62.0), que le Dr F. _____ a d'ailleurs abandonné dans son attestation médicale du 23 août 2007. Il a expliqué de même les raisons pour lesquelles il y avait lieu de retenir que le trouble dépressif récurrent entraînait en moyenne une incapacité de travail de 25%, en précisant que la quantification de cette incapacité tenait compte des fluctuations mineures de la thymie du recourant et qu'il n'était pas rare qu'un médecin expert s'écarte de l'appréciation du médecin traitant sur le point particulier de l'incapacité de travail, cela en raison de la différence de nature entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, telle qu'elle est soulignée par la jurisprudence. Enfin, l'expert V. _____ a expressément constaté que l'attestation du 26 août 2009 émanant de l'épouse de l'assuré n'apportait pas d'éléments médicaux de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 13 juillet 2009, qui devaient être intégralement confirmées. d) Sur le vu de ce qui précède, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient en se fondant sur l'expertise du Dr V. _____, qui a pleine valeur probante et dont il n'existe aucun motif de s'écarter, que le recourant présente depuis le 1^{er} août 2004 une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, ce qui scelle le sort du recours dès lors que les autres éléments du calcul du degré d'invalidité ne sont pas contestés. La cour étant en mesure de statuer en l'état du dossier qui se révèle complet, les réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi qu'à l'audition de son épouse en qualité de témoin doivent être rejetées. 5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis 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. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 7 septembre 2010 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 : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Romano Buob (pour K. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.