

VD_GERICHTE ZD07.030319 vom 20. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.030319

FR: VD_GERICHTE ZD07.030319 du 20 mai 2011

IT: VD_GERICHTE ZD07.030319 del 20 maggio 2011

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 406/07 - 245/2011 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 20 mai 2011

_____ Présidence de M. NEU Juges : M. Dind et Mme Röthenbacher
Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : T. _____, à Romont, recourant,
représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate à Fribourg, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

_____ Art. 6 ss, 16 et 17 LPGA; 4 et 28 ss LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. T. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, divorcé, père de trois enfants, a travaillé en qualité de soudeur en constructions métalliques auprès de l'entreprise [...] SA à [...] jusqu'à son licenciement à la fin novembre 2000. Le 3 mai 2001, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, exposant souffrir de lombalgies et d'un état dépressif. Mandaté par l'assureur perte de gain maladie de l'assuré, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a établi un rapport d'expertise médicale, le 4 octobre 2000, dont il ressort que l'assuré se trouvait alors dans l'incapacité d'investir une activité professionnelle quelconque en raison de sa problématique psychosomatique. Dans un rapport médical du 1er juin 2001, le Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome douloureux lombaire chronique et des troubles anxieux et dépressifs mixtes, attestant une incapacité de travail totale de l'assuré à compter du 31 mars 2000. Ce médecin a qualifié l'état de santé de stationnaire. Dans un rapport médical du 20 septembre 2001, le Dr S. _____, médecin associé, et B. _____, psychologue assistant à l'antenne du Centre Psycho-Social de [...], ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de difficultés dans le rapport avec le conjoint (Z63.0). En traitement depuis le mois de novembre 2000, l'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique ambulatoire double (antidépresseurs et entretiens psychologiques de soutien auprès du Centre Psycho-Social de [...]). Mentionnant la nécessité d'un examen plus fouillé, ces spécialistes ont estimé que l'assuré n'était

- 3 - plus en mesure d'exercer quelque activité professionnelle, ceci depuis avril 2000. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a mandaté le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport d'expertise du 14 février 2003 retient les diagnostics suivants: "Diagnostic selon le DSM-IV Axe I Dysthymie de gravité légère Trouble douloureux ou trouble somatoforme indifférencié Non ou mauvaise observance au traitement (Saroten®) Axe II Personnalité frustrée Intelligence aux limites inférieures de la norme Axe III* Lombalgies communes Axe IV Divorce en 1992; difficultés financières; licenciement en 2000; séparation conjugale en 2002 *L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des

compétences de l'expert psychiatre." S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert s'est exprimé en ces termes: "M. T. _____ a présenté un état dépressif majeur de gravité moyenne suffisamment consistant pour justifier une incapacité de travail entière du 31.3.2000 au 31.12.2001 (évaluation théorique). Depuis 2002, la situation s'est nettement améliorée. Actuellement, il persiste tout au plus une dysthymie associée à un trouble somatoforme indifférencié qui, de notre point de vue, dans une activité adaptée pourrait justifier au maximum d'une diminution de sa capacité de travail en terme de rendement de 20%. La non observance au traitement antidépresseur de Saroten® a été démontrée, ce qui pourrait suggérer que Monsieur T. _____ estime aller mieux ou que la douleur est moins intolérable qu'il nous l'affirme. [...] Dans ce contexte, un reclassement professionnel semble parfaitement illusoire et au contraire contre-indiqué. Une prise de position définitive des assurances sociales est susceptible de permettre à M. T. _____ de mobiliser ses ressources pour la recherche d'un nouvel emploi !" Dans un avis médical du 30 avril 2003, le Service Médical Régional (SMR) Léman a résumé comme il suit le cas de l'assuré: "[...]

- 4 - Assuré portugais âgé de 44 ans, soudeur non qualifié, qui se plaint essentiellement de douleurs multiples et lombaires, chez lequel une expertise rhumatologique par le Dr Z. _____ a établi le diagnostic de lombalgies chroniques avec importante discordance entre la normalité du status et l'intensité des plaintes. La discopathie débutante L3-L4 radiologique et les troubles statiques rachidiens n'ayant pas valeur de maladie en eux-mêmes. Une expertise psychiatrique du Dr D. _____ met en évidence un état dépressif majeur de gravité moyenne justifiant une incapacité de travail dès le 31 mars 2000 est devenue une dysthymie de gravité légère actuellement, dans le cadre d'un trouble somatoforme qui ne constitue pas une co morbidité psychiatrique significative. L'expert psychiatre reconnaît une incidence faible (de l'ordre de 20%) de ces troubles sur le rendement dans toute activité exercée à plein temps. L'activité exercée auparavant est possible car les limitations fonctionnelles somatiques objectives sont quasi inexistantes. Des mesures professionnelles ne sont pas à envisager chez cet assuré frustré d'intelligence limite, qui se projette dans un statut d'invalidé et qui pourrait travailler dans son ancienne activité à 80% de rendement." Selon une note interne de l'OAI rédigée suite à un entretien téléphonique du 25 février 2004, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé (problèmes psychiatriques), de sorte que la mise en œuvre de mesures professionnelles paraissait devoir être exclue. Le 29 mars 2004, son dernier employeur a renseigné l'OAI sur le fait que, dès le 1er janvier 2004 et sans atteinte à la santé, il aurait réalisé un salaire mensuel brut de 4'485 fr. 70 servi treize fois l'an, soit un revenu annuel brut en 2004 de 58'314 fr. 10. Dans un avis du 11 juin 2004, un juriste de l'OAI a souligné que sur la base des rapports médicaux à disposition, l'assuré présentait une incapacité de travail totale du 31 mars 2000 au 31 décembre 2001, puis de 20% dès le 1er janvier 2002. A l'échéance du délai d'attente légal d'une année, soit en l'occurrence le 31 mars 2001, son incapacité de travail et de gain étant totale, l'assuré avait ainsi droit à une rente AI entière à compter du 1er mars 2001. Dès le 1er janvier 2002, son incapacité de travail n'étant plus que de 20%, il en résultait un degré d'invalidité inférieur à 40% avec pour conséquence la suppression du droit à la rente avec effet au 1er avril 2002 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). L'assuré avait par conséquent droit à une rente entière du 1er mars 2001 au 31 mars 2002.

- 5 - Par décision du 10 février 2006, l'OAI a alloué une rente entière à l'assuré ainsi que trois rentes pour enfant pour la période du 1er mars 2001 au 31 mars 2002. Le 21 février

2006, l'assuré a formé opposition contre la décision de l'OAI. Il contestait l'incapacité de travail de 20% telle que retenue dès le 1er janvier 2002, précisant que son état de santé n'avait pas évolué, voire que celui-ci s'était même aggravé. A ses dires, il se trouvait toujours en incapacité de travail totale et ce, même dans une activité adaptée. L'assuré a alors déposé à l'appui de son opposition, trois certificats médicaux établis les 30 novembre 2005, 10 et 31 janvier 2006 par son médecin traitant (le Dr M. _____), attestant d'arrêts de travail à 100% du 1er novembre 2005 au 31 janvier 2006. Par décision sur opposition du 10 septembre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a considéré que ce dernier n'avait pas apporté d'éléments concrets susceptibles de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé, les certificats médicaux produits ne renseignant pas sur la nature des incapacités de travail. Reprenant les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr D. _____, et après calcul du préjudice économique subi, l'OAI a considéré que l'invalidité s'était modifiée de manière à justifier la suppression du droit à une rente entière au-delà du 31 mars 2002 (en application de l'art. 88a al. 1 RAI). B. Le 11 octobre 2007, T. _____, représenté par son avocate Me Séverine Monferini Nuoffer, a recouru en concluant à l'annulation de la décision sur opposition rendue le 10 septembre 2007 et de la décision rendue le 10 février 2006 par l'Office AI. A titre principal, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière dès le 1er mars 2001, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Il a fait valoir qu'une expertise pluridisciplinaire récente s'avérait nécessaire, un courrier du 8 octobre 2007 de son médecin traitant adressé à son avocate mentionnant qu'il se trouvait toujours en

- 6 - incapacité de travail à 100% au vu de la persistance de douleurs lombaires, son état psychologique s'améliorant épisodiquement. Par réponse du 19 novembre 2007, l'OAI a renoncé à se déterminer sur le recours formé. Le 3 décembre 2009, le juge instructeur a mandaté l'Hôpital [...] de [...] ([...]) de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Se fondant sur un examen clinique effectué le 31 mars 2010, sur un entretien téléphonique du 30 avril 2010 avec le Dr M. _____ (médecin traitant), sur des examens psychiatriques effectués le 17 mai 2010 et sur l'étude du dossier, les Drs W. _____, médecin adjoint et C. _____, cheffe de clinique de l'Unité de médecine physique et réadaptation orthopédique du Département de Chirurgie des [...], ainsi que le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint agrégé, ont déposé leur rapport d'expertise pluridisciplinaire, dont on extrait ce qui suit: "[Rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010 des Drs W. _____ et C. _____] A.4 DIAGNOSTICS A.4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail: - Syndrome lombo-vertébral chronique non déficitaire. - Cervico-brachialgies droites, chroniques. A.4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail: - Gastrite chronique. B. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC L'expertisé est un ressortissant portugais de 51 ans, qui présente depuis 1992 des lombalgies basses mécaniques. Le bilan radiologique initial a mis en évidence une hernie discale L4-L5 au contact de la racine L5 gauche, mais sans éléments compressifs. Les traitements médicamenteux et de physiothérapie ont eu, dans un premier temps, un effet favorable. Depuis 2000, plusieurs épisodes aigus sont néanmoins survenus, avec une fréquence croissante. L'évolution de ces dernières années est marquée par une persistance des douleurs lombaires basses, irradiant parfois jusqu'au

- 7 - rachis cervical, de même que par des douleurs du membre supérieur droit. A l'heure actuelle, Monsieur T. _____ décrit des lombalgies basses latéralisées du côté droit,

irradiant parfois jusqu'à la nuque. L'intensité des douleurs, variable dans la journée, est augmentée par les mouvements de flexion et d'extension du tronc. La position assise est supportée pendant 2 à 3 heures moyennant des changements fréquents de position. La marche lente est possible pendant 30 minutes, limitée par la fatigue, avec un effet plutôt favorable sur l'intensité des douleurs. L'examen clinique est accompagné, de façon ponctuelle, de gestes et de manifestations de douleurs. La position assise est maintenue pendant 2 heures avec quelques signes d'inconfort et la nécessité d'alterner les positions. Sur un plan général, aucune anomalie n'est constatée; l'expertisé est de constitution fine et apparaît relativement déconditionné sur le plan musculaire. La démarche est précautionneuse, à petits pas, mais réalisée sans boiterie. A l'examen du rachis cervical, nous relevons une musculature para vertébrale modérément hypertonique du côté droit et des douleurs palpatoires des apophyses transverses C6 et C7 du côté droit; la mobilité de la nuque est peu limitée, mais génère, selon les dires de l'expertisé, des douleurs lors de la flexion, les rotations et l'extension. Au niveau du rachis dorso-lombaire, il existe une hyperlordose nette. La musculature para vertébrale est hypertonique, particulièrement à droite. La flexion antérieure du tronc se fait avec une manoeuvre d'évitement vers la gauche. Le déroulement lombaire est néanmoins correct. L'ensemble des mouvements du tronc est peu limité, mais déclaré douloureux. Les articulations périphériques sont libres et indolores. L'examen neurologique est normal. Les signes et symptômes de non organicité de Waddell sont absents. L'attitude globale du patient est correcte bien qu'il y ait quelques éléments de discrédance entre l'aisance dans la réalisation des mouvements et les plaintes douloureuses alléguées. Au final, sur le plan somatique, un diagnostic de syndrome lombovertébral chronique modéré peut être retenu. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic de trouble de l'humeur n'est actuellement justifié. De même, les diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou de troubles somatoformes indifférenciés ont été écartés par notre confrère psychiatre. Par ailleurs, concernant le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique évoqué il y a de nombreuses années, ce diagnostic avait déjà été exclu lors de l'expertise du Dr D. _____ et actuellement, il n'est pas retenu non plus. Malgré un handicap fonctionnel plutôt modéré actuellement, nous sommes d'avis qu'il existe une incapacité de travail complète dans l'ancienne activité de soudeur en constructions métalliques eu égard au caractère particulièrement lourd de cette profession sur le plan physique, et au déconditionnement majeur de l'expertisé. Néanmoins et sans l'ombre d'un doute, une capacité de travail médico-théorique est reconnue dans une activité n'impliquant pas de port de charges moyennes et lourdes ni de déplacements

- 8 - répétés. La durée de l'inactivité professionnelle de l'expertisé, la pénibilité des travaux auxquels il a été astreint depuis le plus jeune âge, ainsi que son niveau de scolarité minimal, rendent toutefois le pronostic médical très réservé pour envisager la reprise de toute activité professionnelle. C. QUESTIONS C.1. Quelles limites physiques, mentales ou psychiques la personne assurée présente-t-elle? Au plan physique: il existe une limitation fonctionnelle dans les mouvements du tronc et de la nuque Au plan psychique et mental: il n'existe aucune limitation. Au plan social il n'existe aucune limitation C.2. Quelle est leur répercussion sur l'activité exercée jusqu'ici? La problématique cervicale et lombaire de ce patient, surajoutée à une constitution physique inadaptée aux travaux lourds, constitue une contre-indication à reprendre son ancienne activité professionnelle de soudeur. De fait, les exigences de cette activité dépassent les capacités physiques du patient. C.3. Quelles sont les fonctions résiduelles et le rendement y relatif? Il n'y a pas de fonctions résiduelles relatives à l'ancienne activité. C.4. Dans quel cadre horaire l'activité exercée jusqu'ici

peut-elle être raisonnablement exigée (heures par jour)? L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible. C.5. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Non. Il n'y a pas de diminution de rendement. (cf point C4) C.6. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail, justifiée du point de vue médical, de 20 % ou plus? Du point de vue somatique, il y a une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 31 mars 2000. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est de 100% depuis la rémission de la symptomatologie dépressive, soit environ janvier 2002. C.7. Comment l'importance de l'incapacité de travail a-t-elle évoluée depuis lors? IT de 100% a été reconnue entre le 31.03.2000 et le 31.12.2001. IT de 20% a été reconnue à partir du 01.02.2002. IT de 100% est ensuite reconnue dès le 30.11.2005. C.8. La diminution de la capacité de travail peut-elle être réduite par des mesures médicales? Si oui, par quelles mesures et dans quelle mesure? Non. C.9. Quel est le pronostic quant à l'efficacité de ces mesures thérapeutiques? C.10. La personne assurée peut-elle mieux utiliser ses capacités résiduelles dans une autre activité? Oui. C.11. Quels travaux est-elle à même d'accomplir et peuvent-ils être raisonnablement exigés (soulever et porter des charges, position debout et assise avec durée respective indiquée, distance à parcourir à pied, etc.)? Activité bi manuelle, sans mouvement en porte-à-faux du tronc, permettant une alternance fréquente des positions assise et debout et sans port de charges moyennes et lourdes. Déplacements modérés.

- 9 - C.12. A quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte particulièrement dans le cadre d'une autre activité? Il n'y a pas de critères médicaux particuliers pour le lieu de travail. C.13. Dans quel cadre horaire des activités adaptées aux déficits peuvent-elles être raisonnablement exigées (heures par jour)? La capacité de travail résiduelle de 80%, soit 32h hebdomadaires, ou 6h20/jour. C.14. Dans ce cadre, le rendement est-il diminué? Si oui, dans quelle mesure? Le rendement est diminué de l'ordre de 5-10% maximum dans une activité adaptée, permettant une certaine récupération régulière au cours de la journée. C.15. Si plus aucune autre activité ne peut être envisagée, quelles en sont les causes? D. REMARQUES / QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES Il faut noter que les chances de réussite et les potentialités d'une réintégration professionnelle ultérieure sont limitées en raison d'une mauvaise maîtrise de la langue et d'une formation scolaire rudimentaire. [...] "[Rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010 du Dr L._____] 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? Sur le plan psychiatrique: absence de diagnostic, depuis le 01.01.2002. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? Sur le plan psychiatrique : absence de diagnostic. 5. Appréciation du cas et pronostic L'expertisé est un homme d'origine portugaise, né en 1959, peu scolarisé et astreint dès le plus jeune âge à des emplois d'une pénibilité certaine. Il a présenté dès 1992 des lombalgies, sur troubles statiques du dos, avec une petite hernie discale diagnostiquée en 1993. Ces troubles somatiques se sont dans un premier temps améliorés sous traitement, puis ont récidivé et se sont aggravés au début de l'année 2000. Les troubles douloureux se sont compliqués d'une symptomatologie anxio-dépressive, dont la date de début n'est pas très clairement précisée, mais qui était en tout cas présente à partir de l'année 2000. Il semble que l'expertisé ait développé un état dépressif de gravité moyenne entre 2000 et 2002. Lorsqu'il est vu par le Dr D._____, en février 2003, il ne présente plus déjà qu'un état thymique qualifié de dysthymie de gravité légère. Le Dr D._____ pose cependant en plus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou trouble somatoforme indifférencié, et il estime l'incapacité de travail à 20 % à cette période. Lorsque nous avons examiné l'expertisé le

30.04.2010, il ne présentait aucun signe objectif ou subjectif de trouble dépressif, à l'exception de vagues menaces suicidaires exprimées sans participation émotionnelle. A noter que le Dr M. _____, médecin

- 10 - traitant de l'expertisé, considère que celui-ci souffre actuellement « surtout d'un état anxieux ». Il lui prescrit 100 mg de Saroten par jour. Cependant, l'expertisé nous a affirmé qu'il ne prenait actuellement plus aucun traitement pour des troubles psychiques. Aucun diagnostic de trouble de l'humeur n'est donc actuellement justifié. Concernant les troubles douloureux, il faut constater que l'expertisé décrit ces derniers de façon toujours semblable et, là aussi, sans expression émotionnelle particulière, et surtout sans sentiment d'angoisse ou de détresse. Ces troubles douloureux n'ont pas les caractéristiques générales des troubles somatoformes, c'est-à-dire qu'ils ne s'accompagnent pas de demandes d'investigations médicales persistantes et répétées, ils n'entrent pas dans le cadre d'un comportement histrionique, ils ne se modifient pas avec le temps et ne s'accompagnent pas d'une thymie dépressive ou d'un sentiment de détresse. Finalement, il existe à la fois des arguments pouvant expliquer au moins partiellement l'origine somatique des douleurs (travaux de grande pénibilité depuis le plus jeune âge, troubles de la statique vertébrale, légère hernie discale) et l'absence de signes favorables à l'hypothèse d'une somatisation. En conclusion, les diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou de troubles somatoformes indifférenciés sont à écarter. Enfin, concernant le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique évoqué il y a quelques années, ce diagnostic était déjà absent lors de l'expertise du Dr D. _____. Nous n'avons, pour notre part, constaté aucun symptôme pouvant évoquer ce diagnostic. En conclusion, il n'existe actuellement aucune symptomatologie permettant de poser un diagnostic d'ordre psychiatrique. De ce fait, aucune limitation de la capacité de travail ne peut être évoquée en rapport avec une pathologie psychiatrique. B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Se référer à l'expertise concomitante de la Dresse C. _____. Au plan psychique et mental Aucune limitation dans le cadre des compétences professionnelles habituelles de l'expertisé. Au plan social Aucune limitation. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici Actuellement, il n'existe aucun trouble psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail La capacité résiduelle de travail est de 100% du point de vue psychiatrique. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Oui, l'activité exercée jusqu'ici est, du point de vue psychiatrique, exigible à 100%. 2.4. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

- 11 - Non, sur le plan psychiatrique, il n'y a aucune diminution de rendement. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Il y a eu une incapacité de travail d'au moins 20% en raison d'un trouble dépressif du 31.03.2000 au 31.12.2001 (évaluation théorique). 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est de 100% depuis la rémission de la symptomatologie dépressive, soit environ janvier 2002. Au-delà de cette date, nous ne retenons pas de diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ni de trouble somatoforme indifférencié, et la légère dysthymie qui a pu persister quelque temps, et qui n'est plus présente actuellement, n'est pas de nature à justifier une diminution de la capacité de travail. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son

environnement professionnel? Oui. C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas nécessaires du point de vue psychiatrique. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? En l'absence de diagnostic psychiatrique actuel, cette question tombe. 2.1 Si oui par quelles mesures? -- 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? En l'absence de diagnostic psychiatrique actuel, cette question tombe. 3.1 Si oui à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? -- 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? -- 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? REMARQUES L'examen de l'expertisé et les informations concernant sa situation socio-économique nous incitent à croire qu'il exerce actuellement une certaine activité." Par correspondance du 4 octobre 2010, l'OAI a intégralement confirmé ses conclusions. Il a notamment précisé qu'en se fondant sur les

- 12 - données statistiques pour calculer le revenu d'invalidé, dès lors que le recourant n'avait pas repris d'activité, il obtenait un montant de 37'103 fr. 34. Ce chiffre tenant compte d'un taux d'activité de 80%, d'une diminution de rendement de 10% ainsi que d'un abattement de 10%, hypothèse particulièrement favorable au recourant. L'intimé a par ailleurs produit une copie d'un rapport établi le 12 avril 2010 par la Direction d'arrondissement de [...], Section antifraude douanière, duquel il ressortait que le recourant effectuait en qualité de chauffeur, depuis 2005, des transports de personnes et de marchandises entre la Suisse et le Portugal, ceci moyennant rétribution. Selon l'OAI, ces informations confortaient le constat d'une aptitude à exercer certaines activités dans une mesure nettement supérieure aux propres déclarations de l'assuré. Par acte du 16 décembre 2010, le recourant a modifié ses conclusions, requérant le bénéfice d'une rente entière du 1er mars 2001 au 31 janvier 2002 puis d'une demi-rente à compter du 1er février 2002. Il a relevé, en substance, que les experts auraient fait preuve d'un manque de rigueur, affaiblissant ainsi la valeur probante de leurs conclusions, en mélangeant dans leurs constatations les taux d'incapacité retenus par l'expert D. _____ et par le Dr M. _____. Relevant de prétendues contradictions, il a par ailleurs contesté exercer une activité lucrative liée au transport de produits ou de personnes entre la Suisse et le Portugal, affirmant qu'il ne travaillait plus depuis 2002, notamment en raison de troubles psychiques dont les experts auraient à tort fait abstraction. Se rapportant aux constatations de son médecin traitant du 15 octobre 2010, sa capacité de travail dans une profession adaptée serait en réalité de 70%, avec une diminution de rendement de 20%, en raison des affections tant physiques que psychiques. Le revenu d'invalidé retenu par l'Office AI serait enfin erroné, une comparaison entre les revenus déterminants conduisant à un taux d'invalidité de 56%, ouvrant ainsi le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er février 2002. Le 19 janvier 2011, l'OAI a fait siennes les conclusions des experts, lesquelles devaient conduire au rejet du recours.

- 13 - Par écriture spontanée du 31 janvier 2011, le recourant a souligné que les remarques formulées par l'OAI ne levaient aucunement les contradictions entachant les conclusions de l'expertise judiciaire de sorte qu'une nouvelle expertise ou un complément d'expertise devrait être ordonné. Le 8 février 2011, les parties ont été informées que la cause était

gardée à juger. E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA. L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Formé le 11 octobre 2007, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

- 14 - 2. Le recours tend principalement à la réforme de la décision sur opposition du 10 septembre 2007, soit à la reconnaissance du droit à une rente entière du 1er mars 2001 au 31 janvier 2002 puis d'une demi-rente à compter du 1er février 2002, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sur le fond, le recourant conteste toute amélioration de son état de santé à compter du 1er avril 2002. 3. a) Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 III 523 consid. 4.3). Par conséquent, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné jusqu'au 31 décembre 2003 selon les dispositions alors en vigueur, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4e révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références et 130 V 329), entrée en vigueur le 1er janvier 2004. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4e révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1). b) 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 LAI). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; en vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3% au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50% au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40% au moins. Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1 bis LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). A compter du 1er janvier

- 15 - 2004, selon l'art. 28 al. 1 LAI (4e révision), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Aux termes de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente naît au plus tôt lorsque l'assuré a présenté, en moyenne, une

incapacité de travail de 40% minimum pendant une année sans interruption notable. Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGa). Est par contre réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). c) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de

- 16 - la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2/2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2,

8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

- 17 - Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). 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 9C_468/2009 du 9 septembre 2009, consid. 3.3.1, 8C_285/2009 du 7 août 2009, consid. 3.3.3 et I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). 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 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2, 9C_341/2010 du 12 octobre 2010, consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2). d) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; TF 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 et 9C_391/2008 du 12 mars 2009, consid. 2.2).

- 18 - Lorsque l'on examine le droit à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement des bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Ainsi, un tel droit doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir aussi ATF 130 V 329). En l'espèce, ce changement législatif n'a pas eu d'incidence dans la mesure où les conditions de la révision ou de la reconsidération ainsi que celles de l'octroi des rentes n'ont pas subi de modifications (ATF 130 V 343). Aux termes de l'art. 17 LPGA (correspondant à l'art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside

uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/2004 du 12 octobre 2005, consid. 2.1), respectivement une appréciation différente d'un même état de fait (TFA I 419/2003 du 22 octobre 2003, consid. 4). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/2002 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un

- 19 - réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/2007 du 17 décembre 2007 et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées (cf. consid. 3b supra), la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). En principe, l'adaptation des prestations d'assurance sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît cependant une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2 et les références; TF I 528/2006 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro (art. 85 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité, RS 831.201]); en matière d'allocation rétroactive d'une rente d'invalidité échelonnée et/ou temporaire, la date de la modification du droit (augmentation, diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (VSI 6/2001 p. 274 consid. 1a et les références). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 4. a) En l'espèce, le dossier transmis par l'OAI contient plusieurs rapports médicaux, dont un rapport d'expertise psychiatrique établi le 14 février 2003 par le Dr D._____. Cette documentation médicale a été complétée, respectivement éprouvée, par la mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire (somatique et psychologique) confiée aux Drs W._____ et C._____ de l'Unité de médecine physique et réadaptation

- 20 - orthopédique du Département de Chirurgie des [...] et au Dr L._____, psychiatre. Aux termes de leurs examens, les experts judiciaires ont posé, sur le plan somatique, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral chronique non déficitaire et de cervico-brachialgies droites chroniques. Selon les Drs W._____ et C._____, du point de vue somatique il existe une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 31 mars 2000, la capacité de travail étant à nouveau de 100% à compter de la rémission de la symptomatologie dépressive, soit depuis janvier 2002 environ (cf. Rép. C.6 en p. 11 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010). Les travaux raisonnablement exigibles relèvent d'une activité bi-manuelle, sans mouvement en porte-à-faux du tronc, permettant une alternance fréquente des positions (assise/debout), n'impliquant pas le port de charges moyennes et lourdes avec des déplacements modérés (cf. Rép. C.11 en p. 12 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010). Exercée à raison de 32h. par semaine, temps correspondant à la mise à profit d'une capacité de travail résiduelle de 80%, cette activité raisonnablement exigible s'accompagne d'une diminution de rendement de l'ordre de 5- 10% maximum, permettant une récupération régulière en cours

de journée de travail (cf. Rép. C.13 et 14 en p. 12 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010). Aux termes de ses examens, l'expert psychiatre L._____ a souligné l'absence de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, la capacité résiduelle de travail étant de 100% sur ce plan, sans diminution de rendement (cf. Rép. B. 2.1-2.4 en p. 11 du rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010). Cet expert judiciaire a précisé que, selon une évaluation théorique, le recourant avait présenté une incapacité de travail d'au moins 20% en raison d'un trouble dépressif, du 31 mars 2000 au 31 décembre 2001, mais qu'à compter de la rémission de la symptomatologie dépressive intervenue en janvier 2002, la capacité de travail du recourant était à nouveau entière (cf. Rép. B. 2.5 et 2.6 en p. 11 du rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010). Le Dr

- 21 - L._____ a en outre expliqué les raisons le conduisant à s'écarter des diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou de troubles somatoformes indifférenciés ainsi que de légère dysthymie susceptible d'avoir subsisté quelques temps (cf. appréciation du cas et pronostic en p. 10 et Rép. B. 2.6 en p. 11 et 12 du rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010). Aux conclusions des experts judiciaires, le recourant a opposé, par acte du 16 décembre 2010, une série de griefs tendant à en discuter la valeur probante. A le suivre, il présenterait en réalité une capacité de travail de 70% avec une diminution de rendement de 20% en raison de ses affections physiques et psychiques, cette évaluation ayant été retenue par son médecin traitant, le Dr M._____. b) Le recourant reproche en premier lieu aux experts judiciaires un manque de rigueur en ce sens que ceux-ci auraient "mêlé" le taux d'incapacité de travail retenu par le Dr D._____ (cf. en p. 20 et 21 du rapport d'expertise du 14 février 2003) et ceux retenus par son médecin traitant, le Dr M._____ (cf. certificats médicaux des 30 novembre 2005, 10 et 31 janvier 2006, courriers des 8 octobre 2007 et 15 octobre 2010). Les taux d'incapacité de travail retenus par les experts judiciaires (cf. Rép. C.6 en p. 11 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010) sont la résultante des considérations objectivement vérifiables selon lesquelles, du point de vue somatique, il a existé une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 31 mars 2000, seul un syndrome lombo-vertébral chronique non déficitaire et des cervico-brachialgies droites chroniques pouvant être retenus à partir de la rémission de la symptomatologie dépressive survenue aux environs de janvier 2002 (cf. en p. 10 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010). Par ailleurs, lors de l'examen clinique effectué par le Dr L._____, le recourant ne présentait aucun signe objectif ou subjectif de trouble dépressif, nonobstant de vagues menaces suicidaires exprimées sans participation émotionnelle. Le médecin traitant considérait pour sa part que son patient

- 22 - souffrait surtout d'un état anxieux, raison pour laquelle il lui avait prescrit 100mg de Saroten par jour. Or, lors de l'examen par l'expert judiciaire, le recourant a affirmé qu'il ne suivait plus aucun traitement pour des troubles psychiques (cf. en p. 9 du rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010). Ainsi, à l'aune des observations médicales réalisées, les conclusions des experts judiciaires apparaissent objectivement étayées. On ne voit pas en quoi celles-ci se heurteraient aux conclusions quant à l'évaluation de la capacité de travail émises par le Dr D._____ ou par le Dr M._____, les experts judiciaires s'étant bornés à relever qu'en février 2003, lorsqu'il avait été examiné par le Dr D._____, le recourant ne présentait déjà plus qu'un état thymique qualifié de dysthymie de gravité légère (cf. en p. 9 du rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010 et diagnostic selon rapport d'expertise du Dr D._____ du 14 février 2003). Infondé, ce premier grief doit être rejeté. c) Le recourant soutient ensuite que l'expertise judiciaire serait entachée de contradictions.

aa) Une contradiction est vue dans le fait que le rapport d'expertise du 6 avril 2010 conclut à l'inexistence de limitations au plan social (Rép. C.1 en p. 11 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010) alors même que dans l'anamnèse il retient ce qui suit: "Depuis le début de ses problèmes de santé, le tissu social s'est très sérieusement appauvri, le patient disant vivre très isolé. Il mentionne la sensation d'être dans une impasse, de vouloir travailler mais de ne plus pouvoir" (cf. en p. 5 du rapport d'expertise judiciaire du 6 avril 2010). Les experts judiciaires ont pour mission de déterminer quelle est la capacité de travail résiduelle médico-théorique exigible de la part du recourant sans se préoccuper de l'incidence liée au ressenti subjectif de ce dernier. Or, dans l'anamnèse précitée, les experts ont précisément rapporté les plaintes émises par l'assuré, qui s'est effectivement dit très isolé et dans une impasse quant à son avenir professionnel. Le bien fondé de ces plaintes fut toutefois nuancé, le Dr L._____ ayant observé que le recourant était entouré non seulement d'amis qui l'aidaient (cf. en p. 7 du

- 23 - rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010) mais de sa sœur, de son beau-frère, de deux de ses trois enfants, ainsi que de plusieurs proches. On ne voit donc pas que les conclusions de l'expert tombent à faux. bb) Une autre contradiction est vue dans le fait que le rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2010 retient, sous "status clinique", que le recourant ne présente pas de "perte de motivation ou d'intérêt" (cf. en p. 8 du rapport d'expertise judiciaire du 17 mai 2010) alors même qu'il ressort du rapport d'expertise somatique du 6 avril 2010 que l'intéressé n'a pas d'activité de loisir ou sportive, passe ses journées étendu sur le canapé, en regardant ou non la télévision et qu'il ne sort que pour se rendre chez sa sœur afin de prendre ses repas, sans même être en mesure de demander l'aide sociale (cf. en p. 5 du rapport d'expertise du 6 avril 2010). Le Dr L._____ a retenu que, s'agissant de ses ressources psychiques, le recourant était parfaitement capable de s'adapter à son environnement professionnel (cf. Rép. B. 3 en p. 12 du rapport d'expertise du 17 mai 2010). Il se justifie en ce sens qu'il n'a pas relevé, à l'examen clinique, de perte de motivation ou d'intérêt objectivée dans une mesure telle que ces éléments puissent se voir attribuer un caractère invalidant sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, l'anamnèse sociale du recourant tend à démontrer que la reprise d'une activité lucrative adaptée ne pourrait qu'être bénéfique, étant précisé que cela lui permettrait d'occuper ses journées à satisfaction, plutôt que de rester désœuvré à son domicile, avis partagé et déjà motivé par le Dr D._____ dans son rapport d'expertise du 14 février 2003. L'expert judiciaire explique ainsi en quoi la prostration peut être raisonnablement surmontée. d) L'expertise psychiatrique serait également critiquable dans la mesure où l'expert judiciaire n'aurait pas posé suffisamment de questions au recourant, de sorte que ses constatations ne s'avèreraient pas concluantes, l'expert ayant reconnu ne pas avoir utilisé de tests lors de son examen, invoquant à cet égard leur absence de pertinence dans le cas particulier (cf. en p. 8 du rapport d'expertise du 17 mai 2010). Il

- 24 - faudrait donc s'en remettre aux constatations récurrentes du médecin traitant, lequel avait diagnostiqué un état anxieux dépressif de longue date. On objectera au recourant que le temps pris pour un examen clinique n'est pas en soi déterminant, pour autant que la méthode utilisée par le spécialiste soit exposée et conduite à des conclusions motivées et convaincantes. Or, tel est le cas en l'espèce. L'expert a en effet expliqué en quoi des tests d'auto-évaluation n'étaient pas contributifs dans le cas particulier, en ce sens qu'ils n'auraient pas permis de dépasser la composante subjective des plaintes, respectivement de neutraliser l'interférence d'informations subjectives sur les observations en résultant. En

choisissant d'apprécier l'un après l'autre les diagnostics tels que précédemment posés ou envisagés, cela en appliquant les critères objectifs de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), l'expert psychiatre s'est donc prêté à une approche plus scientifique et objective et donc plus pertinente. La méthode utilisée par l'expert L. _____ échappe ainsi à la critique, en tant qu'elle permet précisément d'éviter l'écueil d'une approche par trop fondée sur les plaintes subjectives. Ainsi motivées, les considérations du spécialiste échappent à la critique, d'autant plus qu'elles se trouvent confortées par l'absence de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique de l'intéressé d'une part, par le fait que de l'aveu même du médecin traitant M. _____, le status psychiatrique s'est épisodiquement amélioré. En conclusion, répondant aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, les conclusions de l'expertise judiciaire seront préférées à celles du médecin traitant, lequel ne discute ni ne fonde les appréciations médicales divergentes. e) Fondée sur ce qui précède, la cour de céans retient au final que l'appréciation médicale de la capacité de travail telle que ressortant de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire doit être suivie, ce qui conduit à

- 25 - confirmer une incapacité de travail totale du 31 mars 2000 au 31 décembre 2001, puis de 20% à partir du 1er janvier 2002 (avec une diminution de rendement de 10% maximum dans l'exercice d'une activité adaptée). 5. Subsiste la question de la détermination du degré d'invalidité, selon l'approche théorique telle qu'opérée par l'OAI et contestée par le recourant. a) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, le revenu qu'il 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. Est déterminante, pour l'évaluation du taux d'invalidité, l'activité raisonnablement exigible de l'assuré compte tenu de l'atteinte à sa santé, et non pas celle effectivement accomplie par l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2c et 105 V 176 consid. 2). Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens tel que ceux-ci ressortissent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb et 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009, consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5 et I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). Pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer non pas à la statistique des salaires nets (montants effectifs; tableaux du groupe B), mais à celle des salaires bruts standardisés (taux de salaire; tableaux du groupe A), en se fondant toujours sur la médiane (valeur centrale) (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). b) En l'espèce, le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, soit un revenu annuel brut réalisable en 2004 de 58'314 francs. Seul le calcul de son revenu d'invalide est critiqué. Le recourant ne met pas en cause le salaire mensuel brut de 4'588 fr. tel que

- 26 - ressortant de l'ESS 2004, soit un revenu annuel brut (part au 13e salaire comprise) de 55'056 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.6 h., on obtient un revenu d'invalide annuel brut de 57'258 fr. 24 ([55'056 fr. / 40] x 41.6). En tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 80% avec une diminution de rendement de 10% (cf. consid. 4e supra), le revenu d'invalide ascende ainsi à 41'225 fr. 93 ([57'258 fr. 24 x 80 / 100] x 0.9). aa) Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques de l'ESS, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie

d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'office AI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd). Dans sa détermination du 4 octobre 2010, l'intimé a admis un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé afin de prendre en considération le taux d'activité à temps partiel ainsi que les limitations fonctionnelles, facteurs entraînant un désavantage salarial pour le recourant. Ce dernier soutient pour sa part, qu'il se justifierait de porter cet abattement à 20% au titre de désavantage salarial. En l'occurrence, le taux de 10% retenu par l'OAI tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé du fait de l'horaire de travail réduit à 80% ainsi que des limitations liées au handicap telles que retenues par les

- 27 - experts judiciaires. A cet égard, on relèvera que les experts judiciaires ont certes relevé, dans leur rapport du 6 avril 2010, qu'un pronostic de réintégration sur le marché du travail se trouvait également compromis par la mauvaise maîtrise du français de l'assuré, par une formation scolaire rudimentaire et minimale ainsi que par la durée de l'inactivité professionnelle après l'exercice d'activités particulièrement pénibles dès le plus jeune âge. Ces éléments justifieraient de reconsidérer le taux d'abattement dès lors qu'ils n'ont pas été formellement pris en compte par l'OAI. Toutefois, on observe que l'expert psychiatre, dans son rapport du 17 mai 2010, relève des indices d'exercice d'une activité lucrative, ce que confirme la répression des fraudes du canton de [...], par pièce du 12 avril 2010 versée par l'intimé. Le contenu de ce document, au demeurant fondé sur les aveux de l'intéressé, n'est infirmé par aucune pièce, ni allégation pertinente, de sorte que l'exercice d'une activité lucrative, dès 2005 à tout le moins, peut être retenue. Ceci conforte donc à retenir une capacité de travail exploitable dans une mesure supérieure à celle alléguée par le recourant d'une part, la faculté et les ressources de s'adapter au monde du travail d'autre part. La cour de céans ne s'écartera dès lors pas de l'appréciation de l'administration, qui n'apparaît pas arbitraire. Partant, après déduction d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé réalisable en 2004 s'établit en définitive à 37'103 fr. 33 (41'225 fr. 93 x 0.9). bb) Après comparaison entre le revenu sans invalidité (58'314 fr.) et le revenu avec invalidité (37'103 fr. 33) réalisables en 2004, il en résulte un préjudice économique de 21'210 fr. 67, correspondant à un taux d'invalidité de 36,37% ([21'210 fr. 67 / 58'314 fr.] x 100), arrondi à 36% (ATF 130 V 121). c) On constate qu'à partir du mois de janvier 2002, le taux d'invalidité du recourant étant inférieur au seuil minimum de 40% (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, puis dans celle consécutive à la 4e révision de l'AI), il n'existait alors plus aucun droit à la rente. Conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI, la suppression du droit aux prestations devait intervenir trois mois après l'amélioration de la capacité de gain déterminante, soit en l'espèce dès la date du 1er avril 2002.

- 28 - La décision sur opposition rendue le 10 septembre 2007 par l'OAI s'avère donc correcte dès lors que l'invalidité du recourant s'est modifiée de manière à justifier la

suppression du droit à la rente entière au-delà du 31 mars 2002. 6. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise ou d'un complément d'expertise (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 et les références citées et 9C_440/2008 du 5 août 2008). c) 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie de lui allouer des dépens dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales

- 29 - p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 10 septembre 2007 par l'Office AI pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument judiciaire, arrêté à 400 fr. (quatre cent 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 Séverine Monferini Nuoffer (pour T. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies.

- 30 - 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.