

VD_GERICHTE ZD08.031032 vom 8. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.031032

FR: VD_GERICHTE ZD08.031032 du 8 février 2011

IT: VD_GERICHTE ZD08.031032 del 8 febbraio 2011

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 522/08 - 106/2011 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 8 février 2011

_____ Présidence de Mme PASCHE Juges : Mme Di Ferro Demierre et M.
Perdrix, assesseur Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : F. _____, à
Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et
OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé. _____ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. F. _____ (ci-après: l'assuré), ressortissant macédonien né en 1969,
marié et père de trois enfants dont un majeur, couturier de formation, a travaillé en qualité
de nettoyeur et de chauffeur-livreur jusqu'en octobre 2004. Le 21 juillet 2006, il a présenté
auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) une
demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi d'une rente, d'une orientation
professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession, indiquant présenter une
atteinte à sa santé depuis octobre 2004. Procédant à l'instruction du cas sur le plan médical,
l'OAI a demandé au Dr Q. _____, chef de clinique auprès de l'Hôpital orthopédique de
la Suisse romande, de compléter un rapport concernant l'assuré. Dans son rapport médical à
l'OAI du 4 septembre 2006, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la
capacité de travail de lombo-cruralgies bilatérales prédominant à gauche avec sciatalgies
intermittentes dans le contexte d'une hernie discale L5/S1 droite, de déconditionnement
physique et d'état dépressif, retenant en outre les diagnostics sans répercussion sur la
capacité de travail de diabète de type II insulino-traité, d'hypercholestérolémie, d'obésité et
de ronchopathie. Selon ce praticien, l'assuré présentait depuis octobre 2004 une incapacité
totale de travailler. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr Q. _____ a
indiqué que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, et qu'une activité
professionnelle avec changement postural alternant les postures debout/assises permettant
au patient de marcher pouvait être envisageable, avec un rendement de 50%. Sur requête de
l'OAI, le Dr S. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne, lui a adressé le
22 septembre 2006 un rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics ayant des
répercussions sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies gauches chroniques et
récidivantes, avec status après décompression des racines

- 3 - L4 et L5 gauches le 10 mars 2005 ainsi que diabète de type II insulino- dépendant, et
d'état dépressif. Il a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité exercée
jusqu'à ce jour était totale dès le 1er février 2005. Il estimait la capacité de travail de son
patient à 30% au maximum en raison des douleurs chroniques et de l'état dépressif. Dans
l'annexe au rapport médical du 13 septembre 2006, le Dr S. _____ a indiqué que
l'activité exercée par l'assuré jusqu'à maintenant n'était plus exigible. Dans un rapport
médical du 6 octobre 2006 adressé à l'OAI, le Dr D. _____, psychiatre et

psychothérapeute FMH à Lausanne et psychiatre traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis 5-6 ans, de lombo-cruralgies bilatérales et de hernie discale L5-S1 droite, les diagnostics de diabète insulino-dépendant de type II et d'apnée du sommeil étant sans répercussion sur la capacité de travail. Selon ce médecin, l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis février 2005. Afin d'évaluer le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, l'OAI a confié une expertise au Centre d'expertise médicale de Genève. Le 14 février 2007, la Dresse X._____, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à un examen clinique. Le 12 mars 2007, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation-rhumatologie, a effectué un examen rhumatologique. Le même jour, le Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie, a effectué un examen psychiatrique. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 13 juin 2007, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies atypiques chroniques sur discopathie L5-S1 et sur status après hémilaminectomie L4-L5 gauche (2005). Ils ont en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ([CIM-10] F68.0), de diabète insulino-requérant et polyneuropathie, de syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP, d'obésité et de dyslipidémie. Sous la rubrique "appréciation du cas et pronostic" de leur rapport, les experts ont relevé ce qui suit:

- 4 - "Monsieur F._____ est un assuré de 37 ans, originaire de Macédoine, qui a travaillé jusqu'en janvier 2005 comme chauffeur- livreur et nettoyeur. Il présente depuis octobre 2004 des lombo- sciatalgies d'abord du membre inférieur droit, puis du membre inférieur gauche. Le status objectivait des signes radiculaires irritatifs modérés et une hypoesthésie de la face latérale de la cuisse gauche. Un CT-lombaire du 21.12.2004 décrit une hernie discale L5-S1 paramédiane droite alors que le CT-lombaire en préopératoire parle d'une problématique en L4-L5. L'assuré bénéficie d'une décompression L4-L5 à gauche le 10.03.2005, mais le status opératoire ne révèle pas de hernie discale. Les lombo-sciatalgies gauches persistent malgré la prise d'antalgiques. L'assuré présente par ailleurs un diabète diagnostiqué en 2000, traité par insuline depuis 2004, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé par CPAP depuis 2006. L'assuré se plaint de lombosciatalgies gauches persistantes et invalidantes. Il se plaint d'irritabilité, d'épuisement moral. Le status montre un assuré obèse, une thymie triste, cherchant une reconnaissance de sa maladie. Il ne présente pas de troubles cognitifs. La mobilité du rachis est bonne. Absence de syndrome vertébral ou de syndrome radiculaire. Suspicion de polyneuropathie diabétique (absence de réflexes aux membres inférieurs et diminution de la pallesthésie des membres inférieurs). Pas de trouble de l'équilibre. Les analyses sanguines révèlent un diabète bien contrôlé et l'absence de néphropathie diabétique. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire. Le bilan radiologique montre une protrusion discale L5-S1 à droite. L'expert psychiatre ne retient pas de pathologie psychiatrique significative. L'assuré est démonstratif, revendicateur, plaintif, à la recherche d'une compensation. Il n'y a pas d'élément suffisant pour un trouble dépressif ou un trouble psychotique. L'assuré ne présente pas de trouble cognitif. Il présente une bonne capacité d'introspection. Dans son discours, il recherche en permanence une légitimation de ses plaintes. Il conserve des ressources psychiques pour une adaptation à son environnement. Une charge émotionnelle importante dans un contexte sociofamilial difficile et une vie sociale appauvrie sont des éléments non médicaux qui augmentent les plaintes douloureuses. L'assuré se plaint des lombosciatalgies prédominant à gauche alors que l'imagerie montre une discopathie L5-S1 à droite. Nous relevons plusieurs arguments

démontrant que la protrusion discale L5-S1 n'est pas clairement à l'origine des douleurs de l'assuré: l'absence de territoire neurologique défini, l'absence d'amélioration des douleurs par les infiltrations, l'absence de hernie discale nette à l'imagerie. Nous sommes frappés par la discordance entre l'ampleur des plaintes de l'assuré et le status qui ne révèle ni syndrome lombaire ni syndrome radiculaire. Il nous est apparu comme un homme capable de s'habiller et déshabiller sans difficulté et qui est venu jusqu'au Centre d'expertise chargé de son dossier radiologique et de sa

- 5 - machine à CPAP alors que lui-même se plaint de ne pouvoir faire le moindre effort. Le diabète est bien contrôlé et nécessite des repas, des auto- contrôles et des auto-injections d'insuline à heures régulières. L'assuré ne présente ni rétinopathie ni néphropathie diabétique. Il présente des signes de polyneuropathie diabétique qui ne causent cependant pas de troubles de l'équilibre. Le syndrome d'apnée du sommeil est traité par CPAP. Il permet de diminuer la fatigue de l'assuré pour autant qu'il l'utilise régulièrement. Sur le plan psychique, l'assuré ne présente pas de pathologie psychiatrique influençant sa capacité de travail. Notre expert psychiatre retient cependant le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Globalement, nous considérons qu'en raison des douleurs lombaires et de la présence de discopathies, l'assuré n'est plus apte à fournir une activité lourde. Par contre, nous jugeons qu'il est entièrement apte à fournir une activité légère à modérée". Les experts précisait qu'au plan physique, l'assuré devait éviter les activités répétitives en flexion-extension du tronc et en position en porte-à-faux du rachis et qu'il devait pouvoir changer de positions; en raison du diabète insulino-requérant, il devait pouvoir prendre ses repas, faire ses contrôles de glycémie et ses injections d'insuline à heures régulières. Aux plans psychique et mental, ainsi que social, il ne présentait pas de limitation. Les médecins du Centre d'expertise médicale ont précisé que l'on pouvait améliorer la capacité de travail de l'assuré dans son poste de livreur avec un port de charges de 15 kg au maximum. Dans un rapport d'examen du 6 juillet 2007 du Service médical régional AI (ci-après: SMR), le Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine interne, se référant à l'expertise précitée dont il a repris les conclusions quant aux diagnostics et quant à l'appréciation de la capacité de travail, a relevé que dans une activité adaptée la capacité de travail de l'assuré était entière sans baisse de rendement. Dans un projet de décision du 8 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a retenu qu'il ressortait de l'instruction de son dossier que dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations

- 6 - fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc, possibilité d'alterner les positions assises et debout chaque heure), la capacité de travail de l'assuré était entière. Sur la base d'un revenu d'invalidité de 53'277 fr. 59, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2006 dans des activités simples et répétitives et en tenant compte d'un abattement de 10%, et d'un revenu sans invalidité de 53'300 fr. en 2006, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 0.04%. L'assuré a déposé des observations sur le projet de décision le 11 juillet 2008. Le 26 août 2008, le Dr S. _____ s'est adressé à l'OAI pour l'informer qu'il était "très dubitatif" sur une partie des conclusions de l'expertise du 13 juin 2007, en particulier s'agissant du fait que l'assuré était capable de porter des charges jusqu'à 15 kg, compte tenu de sa pathologie lombaire. Il a produit en outre un rapport médical du 12 février 2007 du Dr M. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à Lausanne, qui lui était adressé, selon lequel l'examen clinique démontrait des troubles du

comportement expliquant les nombreux signes de non organicité et un défaut de conscience corporelle associé à un sévère déconditionnement physique global. Le 24 septembre 2008, le Dr D. _____ a transmis à l'OAI un courrier dans lequel il relevait que si son patient ne présentait pas constamment des signes objectifs de dépression et s'il n'en avait pas présenté lors de l'expertise, il en avait montré à bien d'autres moments, en particulier depuis l'année 2000 et qu'il avait également montré des symptômes subjectifs en relation avec les difficultés familiales et personnelles qu'il avait connues ces dernières années, expliquant que si la majoration des symptômes retenue dans l'expertise existait, ce diagnostic n'était pas exclusif de celui de dépression. Dans des observations complémentaires du 25 septembre 2008, l'assuré a précisé qu'à la suite des lettres des Drs S. _____ et D. _____, il s'opposait au projet de décision du 8 juillet 2008.

- 7 - Le 29 septembre 2008, l'OAI a informé l'assuré que ce dernier n'amenait pas de fait nouveau pouvant modifier sa position, observant que le rapport du Dr M. _____ du 12 février 2007 était antérieur à l'expertise effectuée par le Centre d'expertise médicale le 13 juin 2007, laquelle confirmait la pleine capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à son état de santé. Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les motifs exposés dans son projet de décision. B. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Hofstetter, secrétaire général de l'Association suisse des assurés, a recouru par acte du 20 octobre 2008, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée à compter d'une date fixée à dire de justice, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il relève en substance qu'il n'est pas en mesure de travailler, à tout le moins à temps plein, compte tenu de ses troubles, se référant aux rapports médicaux du Dr Q. _____ du 4 septembre 2006, du Dr S. _____ du 22 septembre 2006 et du Dr D. _____ du 10 (recte: 6) octobre 2006. Il se plaint d'erreurs de diagnostics de la part des experts du Centre d'expertise médicale, qui n'ont pas retenu qu'il souffrait de dépression, et fait valoir que l'OAI n'a pas examiné tous les éléments médicaux avec la diligence requise, en ne mentionnant pas le rapport médical du Dr D. _____ du 24 septembre 2008. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique) tendant à déterminer sa capacité de travail exigible au regard de son état de santé. Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que les conclusions de l'expertise du 13 juin 2007, laquelle répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, doivent être retenues. Il ajoute que les facteurs psychosociaux de l'assuré, en particulier mentionnés par le Dr M. _____

- 8 - dans son rapport du 12 février 2007, ne sont pas des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. Dans ses déterminations du 29 janvier 2009, l'assuré maintient les conclusions de son recours et relève encore que même si ses troubles psychiques sont notamment imputables à de graves problèmes familiaux, sa pathologie psychique est invalidante et doit être prise en compte par l'OAI. Dans ses observations complémentaires du 23 février 2009, l'OAI se réfère à l'expertise du Centre d'expertise médicale de Genève, selon laquelle en particulier les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'expliquer l'intensité et le handicap des douleurs présentées, puis maintient ses conclusions. 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 cette loi ne déroge expressément à la LPGA. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA- VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon

- 9 - cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus d'une rente. 2. 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 (ATF 125 V 413 c. 2c, 110 V 48 c. 4a, RCC 1985 p. 53). 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à

- 10 - un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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 261 c. 4, TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2, TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 261 c. 4, 115 V 134 c. 2, 114 V 314 c. 2c, 105 V 158 c. 1, RCC 1980 p. 263, VSI 2002 p. 64, TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve,

quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 c. 11.1.3, 125 V 351 c. 3a, 122 V 157 c. 1c, TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

- 11 - En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc, TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2, TF 4A_45/2007 du 12 juin 2007 c. 5.1, TF I 50/2006 du 17 janvier 2007 c. 9.4). Par ailleurs, 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 traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 c. 4, TF I 514/2006 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43, TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 c. 5.2.2, TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3). 4. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI et qui est réclamée dans la présente procédure de recours. a) Au vu des rapports médicaux figurant au dossier, il est constant que les activités de nettoyeur et de chauffeur-livreur sont contre-indiquées en raison de l'atteinte à sa santé. En revanche, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée consécutivement à cette atteinte à la santé est contestée. Le recourant fait valoir qu'il n'est pas en mesure de travailler, du moins pas à plein temps, en se basant sur les rapports médicaux du Dr Q._____ du 4 septembre 2006, du Dr S._____ du 22 septembre 2006 et du Dr D._____ du 6 octobre 2006. Il se réfère également à la correspondance du Dr S._____ du 26 août 2008, au rapport médical du Dr M._____ du 12 février 2007 ainsi qu'à la correspondance du Dr D._____ du 24 septembre 2008. Il se plaint d'une erreur de diagnostic des experts, qui n'auraient selon lui pas retenu la présence d'un état dépressif, et soutient que les conclusions de l'expertise

- 12 - divergent de celles des avis médicaux sollicités par l'OAI en cours d'instruction. Il déplore enfin que l'OAI ait "passé sous silence" le rapport médical du Dr D._____ du 24 septembre 2008, arguant que l'office intimé n'a pas examiné diligemment tous les éléments médicaux portés à sa connaissance. Pour sa part, l'OAI estime, en se basant sur l'expertise interdisciplinaire du 13 juin 2007, remplissant selon lui les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée. L'OAI relève également que les problèmes psychosociaux de l'assuré n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. b) En l'occurrence, une expertise

pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise médicale de Genève. A cette occasion, le recourant a été examiné par trois spécialistes. Sur le plan somatique, les experts X._____ et L._____ considèrent que les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'expliquer l'intensité et le handicap des douleurs du recourant. Sur le plan de l'évaluation des capacités professionnelles, ils proposent que le recourant évite les travaux lourds comprenant le port de charges et des mouvements contraignants pour le dos en raison de la présence d'une petite hernie discale L5-S1 ainsi que d'une discopathie L4-L5 chez un assuré obèse, suggérant qu'il puisse exercer une activité lui permettant de changer de positions. Dans l'appréciation du cas, les experts confirment que l'assuré n'est plus apte à fournir une activité lourde en raison des douleurs lombaires et de la présence de discopathies. En cela, le rapport d'expertise ne s'écarte pas de l'appréciation des Drs Q._____ et S._____ des 4 et 22 septembre 2006, selon lesquels l'activité exercée jusqu'alors par le recourant n'est plus exigible, pas plus que de celle du Dr S._____ du 26 août 2008, qui rappelle la pathologie lombaire de son patient. Les experts constatent par ailleurs que le recourant doit pouvoir changer de positions, ce que relève

- 13 - également le Dr Q._____ dans l'annexe à son rapport médical du 4 septembre 2006. Au demeurant, les diagnostics posés par les médecins traitants du recourant au plan somatique correspondent à ceux posés par les experts. Seule diffère l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. A cet égard, il convient de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise interdisciplinaire du 13 juin 2007. Ce dernier a été rédigé sur la base des examens cliniques de l'assuré et en parfaite connaissance de son dossier, dès lors que les experts ont tenu compte des éléments médicaux mis à leur disposition et ont également joint à leur analyse notamment le rapport de consultation du Dr Q._____, les rapports des CT-scan lombaires des 21 décembre 2004 et 9 mars 2005, le rapport d'IRM lombaire du 3 mars 2005, l'ECG du 6 mai 2006, les rapports de consultation des 22 avril et 18 mai 2005 auprès du service de neurologie du CHUV ainsi que divers examens de laboratoire effectués de 2005 à 2007 par l'assuré. On s'écartera donc de l'avis des Drs Q._____ et S._____, dont les rapports sont peu motivés au regard de l'expertise et doivent en outre être appréciés avec les réserves d'usage en tant qu'ils émanent des médecins traitants de l'assuré. Le rapport d'expertise fait par ailleurs état des indications subjectives délivrées par l'assuré, de son anamnèse, du contexte médical et de l'appréciation de la situation médicale, en s'achevant sur une discussion étayée de l'ensemble des renseignements recueillis et une appréciation motivée de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, en l'absence de toute contradiction. Dans ces conditions, il convient de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise interdisciplinaire du 13 juin 2007 et retenir qu'au plan somatique, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. c) Sur le plan psychique, le psychiatre traitant du recourant relève que son patient souffre de dépression. L'expert psychiatre pose quant à lui le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de

- 14 - majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, mais non celui d'état dépressif. A cet égard, le recourant se plaint du caractère "bref et ponctuel" de l'examen dont il a fait l'objet. Or il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF I 1084/06 du 26 novembre 2007 c. 4, TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 c. 4.4.2, TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 c. 3.2, TF 9C_482/2008 du 18 mai 2009 c. 4.1). Dans le même sens, une

consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 c. 5.6). Il faut en outre rappeler que l'expert psychiatre (de même que les experts spécialistes en médecine interne et en rhumatologie-médecine physique et réhabilitation) s'est également fondé sur le dossier médical complet du recourant et qu'il s'est consacré de manière approfondie et appropriée à la personne du recourant. Il a par ailleurs établi son rapport en ayant connaissance du rapport médical du 6 octobre 2006 du Dr D. _____, dans lequel ce psychiatre traitant posait déjà le diagnostic de trouble dépressif récurrent existant depuis 5 à 6 ans. A cet égard, il faut constater que le Dr D. _____, dans son courrier du 24 septembre 2008 à l'OAI, maintient que son patient souffre de dépression, expliquant encore que celui-ci a rencontré des difficultés familiales et personnelles ces dernières années. On précisera que l'expert psychiatre a mentionné ces difficultés dans son appréciation du cas. Il a en outre exposé pour quelles raisons il ne retenait pas, contrairement au psychiatre traitant, de troubles de l'humeur, mais le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La lettre du Dr D. _____ du 24 septembre 2008 n'apporte ainsi aucun élément justifiant de s'écarter de l'expertise interdisciplinaire du 13 juin 2007. Il ne peut ainsi être fait grief à l'office intimé de ne pas avoir mentionné cette correspondance dans la décision attaquée. On ajoutera que les rapports du Dr D. _____, peu étayés et motivés au regard de l'analyse effectuée par l'expert, émanent

- 15 - du psychiatre traitant de l'assuré, de sorte qu'ils doivent être appréciés avec les réserves d'usage. Le Dr Z. _____ s'est basé sur l'anamnèse de l'assuré, sur un examen psychiatrique, sur les plaintes subjectives puis a fondé son appréciation sur la base d'une appréciation médicale claire ainsi que de conclusions dûment étayées et motivées, en l'absence de contradictions. L'avis de ce spécialiste en psychiatrie répond donc aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr Z. _____ ayant retenu que le recourant ne présentait pas de limitations au niveau psychiatrique dans le rapport d'expertise interdisciplinaire du 13 juin 2007, il y a lieu de retenir que le recourant présente également une capacité de travail entière sur le plan psychique. d) Dès lors, tant du point de vue somatique que psychique, le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. Le calcul du préjudice économique effectué par l'OAI est correct et on ne voit pas de raisons de s'écarter du taux d'abattement de 10% du revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 c. 5, TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 4), de sorte que les conditions du droit à une rente d'invalidité ne sont pas remplies, le degré d'invalidité étant inférieur au seuil minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 LAI). 5. Les éléments du dossier étant tout à fait probants pour trancher, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse de l'existence d'une affection invalidante, il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à ce qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un

- 16 - degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 c. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V

90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées). 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, 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). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (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. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 29 septembre 2008 par l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument de justice de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant F._____.

- 17 - IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour F._____) - Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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