

## VD\_GERICHTE ZD11.005325 vom 3. September 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-09-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.005325](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.005325)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.005325 du 3 septembre 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD11.005325 del 3 settembre 2012

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 46/11 - 287/2012 ZD11.005325 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme DI FERRO  
DEMIERRE Juges : Mme Thalmann et M. Monod, assesseur Greffier : M. Germond \*\*\*\*\*  
Cause pendante entre : Z.\_\_\_\_\_, à Prilly, recourant, représenté par Me Claudio  
Venturelli, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE  
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 ss, 16 et 17 LPG; 4 al. 1  
et 28 al. 2 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1968, en Suisse depuis 1991, marié et père de famille, était employé depuis octobre 1998 auprès de l'entreprise maraîchère X.\_\_\_\_\_ à [...]. Le 14 juillet 2006, il a déposé une demande de prestations AI faisant état de douleurs au dos à compter de février 2004. Selon le questionnaire complété le 1er septembre 2006 par l'ancien employeur de l'assuré, dès le 1er janvier 2006, ce dernier aurait perçu, sans atteinte à la santé, un salaire mensuel de 4'635 équivalent à un revenu annuel de 55'620 francs. Dans un rapport du 14 août 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale FMH, a diagnostiqué des lombalgies résistantes chroniques, ce diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a mentionné les incapacités de travail suivantes: 100 % du 6 mars 2006 au 3 avril 2006 50 % du 3 avril au 25 mai 2006 100 % du 25 avril au 21 mai 2006 50 % du 22 mai au 19 juin 2006 100 % du 19 juin au 3 juillet 2006 et 50 % depuis lors. Il a joint à ce rapport: - Un rapport du 8 mai 2006 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui a posé les diagnostics de lombalgies chroniques d'origine aspécifique, troubles statiques modérés. Concernant la profession de l'assuré, il lui paraît légitime que celui-ci continue à travailler pour le moment à 50 %, devant être en principe en mesure de reprendre son activité après sa participation à un programme de reconditionnement physique.

- 3 - - Un rapport du 22 juin 2006 du Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, troubles statiques et déconditionnement physique global et focal avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse ainsi qu'un état anxio-dépressif réactionnel. Il indique que l'assuré présente une situation classique de surcharge lombaire dans le cadre d'une activité lourde, surtout dans le sens de surcharge posturale répétitive, cette situation l'ayant amené à des déficiences musculaires clairement visibles sur le plan clinique, qui ont entraîné notamment une diminution des prestations professionnelles et un état anxio-dépressif. Le Dr C.\_\_\_\_\_ indique qu'il n'y a aucun argument pour une pathologie inflammatoire et que théoriquement la correction de dysbalances musculaires devrait suffire sur le plan biologique. S'agissant du problème biologique, il indique que la première mesure à prendre est de confier l'assuré à un physiothérapeute, une prise en charge intensive n'étant pas possible les critères

d'inclusion n'étant pas remplis. Il ajoute que sur le plan professionnel à long terme, il n'est pas certain que l'assuré puisse continuer jusqu'à l'âge de la retraite dans une activité lourde, raison pour laquelle il a parlé avec lui d'une demande de reclassement professionnel par les soins de l'AI. Dans son rapport du 4 décembre 2006, le Dr V. \_\_\_\_\_, du Service médical régional (ci-après: SMR) de l'AI, a retenu un début de longue maladie dès le 6 mars 2004, la capacité de travail comme ouvrier maraîcher étant de 50 % et de 100 % dès cette date dans une activité adaptée à savoir sans port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux et pas de flexion répétée du tronc. Dans un projet de décision du 15 décembre 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de mesures d'ordre professionnel et de rente. Il a notamment considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 6 mars 2006 et qu'après examen des pièces médicales de son dossier par le SMR il constatait que la capacité de travail raisonnablement exigible dans

- 4 - l'activité habituelle de l'assuré était de 50 % mais que dans des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles ne nécessitant pas de qualifications particulières (dans le domaine du conditionnement léger, surveillance d'une chaîne de production) sa capacité de travail pourrait être de 100 %. Après comparaison entre le revenu d'invalidité réalisable en 2006 (52'786 fr. 82, compte tenu d'un abattement de 10 %) et celui sans invalidité (55'620 fr.), l'OAI a retenu que l'intéressé ne subissait pas de préjudice économique. L'OAI a confirmé ce projet par décision du 27 février 2007. B. Le 28 septembre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente ainsi qu'à des mesures de réadaptation professionnelle. Dans un rapport du 8 octobre 2008, les Drs K. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ du département de psychiatrie du [...] ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux ainsi qu'un état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Ils indiquent en outre notamment ce qui suit: "M. Z. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble somatoforme douloureux depuis avril 2006 qui se caractérise par des douleurs dorsales ainsi que cervicales et occipitales peu sensibles au traitement antalgique. En outre M. Z. \_\_\_\_\_ souffre d'un état dépressif sévère chronique sans symptômes psychotiques. Cet état dépressif se caractérise par une anhédonie, une aboulie, des troubles d'endormissement avec un sommeil entrecoupé, une asthénie, des périodes d'inappétence, une humeur triste morose, un retrait social, et une irritabilité qui s'exprime envers sa propre famille." Dans un certificat médical du 1er septembre 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_, a attesté une incapacité de travail dès le 1er décembre 2008 de durée indéterminée. Selon une lettre adressée le 9 octobre 2009 à l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de l'état de santé de son patient depuis la dernière décision de refus. En sus des lombalgies chroniques, l'assuré avait développé des troubles psychiatriques sous la forme d'un état dépressif majeur nécessitant un suivi psychiatrique ainsi qu'un

- 5 - traitement psycho-actif de Remeron. Il fait en outre état d'un tentamen en 2008. Il ressort d'un rapport établi le 22 octobre 2009 par le Dr F. \_\_\_\_\_, chef de clinique et A. \_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute, à la Policlinique du Département de psychiatrie du [...], les diagnostics d'état dépressif sévère, sans symptôme psychotique et de trouble somatoforme douloureux. Ces diagnostics existant depuis 2006. Ces praticiens ont constaté que l'assuré ne pouvait travailler dans un contexte professionnel où un rendement est exigible, mais que des mesures de réinsertion professionnelle apparaissaient indiquées. Dans un rapport médical du 5 novembre 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics

invalidants de lombalgies chroniques dans un contexte de déconditionnement physique et psychique (2006), de cervico- scapulalgies chroniques (2008), de discopathies C4-C7 et L5-S1 sans conflit radiculaire (2008), d'état dépressif avec syndrome somatoforme douloureux (2008) et de trouble de l'adaptation dans un contexte socio- familial perturbé (avant 2006). Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a en outre indiqué notamment ce qui suit: "La situation actuelle est celle d'un patient avec des cervico- lombalgies évoluant défavorablement depuis 2006 malgré un traitement conservateur maximal rendant la baisse des antalgiques opioïdes difficile. S'est rajouté à cette problématique un état dépressif avec idéation suicidaire fin 2008, le tout se déroulant dans un contexte social difficile au vu des conflits asséculo-logiques avec les APG, le chômage et l'AI. La situation s'enfonce dans un marasme avec peu d'espoir d'amélioration à moyen terme. Il existe une distorsion évidente entre les lésions organiques objectives et les plaintes subjectives du patient. Cette dernière s'explique par une diminution du seuil de tolérance à la douleur en relation avec une masse musculaire insuffisante et un état dépressif surajouté. Le niveau socioprofessionnel limité n'ouvre que peu de perspectives en terme de réadaptation rapide à une activité professionnelle. Cependant le reclassement professionnel dans une activité plus légère que celle d'ouvrier agricole est souhaitable. Un stage à l' [...] serait souhaitable dans cette optique. En dehors de cela le pronostic est sombre."

- 6 - Il a mentionné une incapacité de travail médicalement attestée de 100 % depuis 2006 dans la profession d'ouvrier agricole. Il a joint à son rapport divers rapports médicaux, dont celui du 11 novembre 2008 du Dr M.\_\_\_\_\_ qui a posé les diagnostics de cervico- lombalgies chroniques aspécifiques dans le cadre de troubles statiques modérés et d'un syndrome d'amplification des symptômes. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait une discutable discordance entre les allégations douloureuses quasi ubiquitaires de l'assuré et les constatations objectives de l'examen cliniques lesquelles étaient fort restreintes en éléments pathologiques et l'examen IRM réalisé quelques mois plus tôt et qui allait dans le sens d'un syndrome douloureux chronique. Etait joint également, un rapport du 20 août 2009 du Dr B.\_\_\_\_\_ chef de clinique au service de rhumatologie médecine physique et réhabilitation du [...] qui a posé les diagnostics de lombalgies chroniques dans le contexte d'un déconditionnement physique et psychique, d'une discopathie lombaire basse débutante et de cervico-scapulalgies chroniques. Il a relevé que l'examen clinique en soi était rassurant et qu'il n'y avait pas lieu de refaire un bilan radiologique. Il a indiqué que le patient présentait des lombalgies chroniques dans le contexte d'un déconditionnement principalement psychique mais aussi physique avec de nombreuses appréhensions faisant qu'actuellement une rééducation stationnaire n'aurait aucune chance d'aboutir. Selon un rapport médical du 3 décembre 2009 établi suite à un examen du 24 novembre 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Réservant son pronostic, ce médecin a souligné qu'une rééducation ambulatoire n'avait pas modifié les symptômes, l'examen restant inchangé sans aucune modification dans le comportement douloureux. Il a décrit un traitement médicamenteux par Tramal, Irfen, Dafalgan, Cymbalta, Remeron et inhibiteur de protons. Concernant l'estimation de la capacité de travail résiduelle, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé ne pas être en mesure de se prononcer sans qu'une évaluation des capacités fonctionnelles ne soit réalisée.

- 7 - Dans un rapport médical du 28 janvier 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a retenu les diagnostics suivants: "F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. F45.4 Syndrome douloureux

somatoforme persistant. F62.8 Autres modifications durables de la personnalité, liées à un syndrome algique chronique et état de tension prolongé. Cervico-scapulalgies chroniques." Son pronostic était réservé. La poursuite d'un traitement médicamenteux et du suivi psychothérapeutique en individuel avec renforcement des acquis et prévention des décompensations était indiquée. L'assuré présentant des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, une asthénie significative et un ralentissement psychomoteur, un repli social, une auto dévalorisation, une interprétativité "victimisation", une irritabilité et des épisodes d'anxiété paroxystique, il en résultait une incapacité de travail de 100 % depuis mars 2006 dans l'activité de maraîcher. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a noté que l'octroi d'une rente pourrait être bénéfique par un abaissement du stress et une reconnaissance sociale de la souffrance vécue par l'assuré. Au terme d'un avis médical SMR du 21 avril 2010, les Drs A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et V. \_\_\_\_\_ ont relevé que le trouble de l'humeur qualifié de sévère constituait un fait nouveau inexistant lors de la première demande de prestations. En cas de syndrome douloureux somatoforme persistant, il était convenu de la réalisation d'un examen psychiatrique au SMR ou d'une expertise psychiatrique. Par communication du 3 juin 2010, l'OAI a indiqué à son assuré qu'un examen serait pratiqué par le cabinet d'expertises médicales du Dr D. \_\_\_\_\_ à [...]. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 11 octobre 2010, le Dr D. \_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit: "Diagnostics Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir les diagnostics de • Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

- 8 - • Probable épisode dépressif moyen (F32.1) selon les critères des ouvrages de référence. Appréciation finale: Résumé du cas [...] Au début des années 2000, l'assuré a présenté un tableau de douleurs qui se sont bientôt montrées en discordance avec les bases organiques objectives. On a d'abord retenu les lombalgies aspécifiques. Progressivement, le diagnostic s'est orienté vers le syndrome douloureux somatoforme persistant avec sa comorbidité d'un trouble dépressif. Questionné sur l'évolution, l'assuré dit que les choses vont de mal en pis malgré un traitement conséquent. Selon les informations à disposition, l'assuré a arrêté définitivement de travailler en automne 2006, après une période d'arrêt de travail à 100% et à 50%. Appréciation diagnostique Au terme de son évaluation le soussigné retient un épisode dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. • Trouble dépressif [...] La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique. La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3). A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'appétit à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit (7). C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère, • L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes. • L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes

du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes. • L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

- 9 - En l'état, l'évaluation est difficile sachant que la recherche de symptômes dépressifs est inductible de ceux-ci. Il y a aussi un certain degré de discordance entre une présentation pleinement rassurante et des plaintes dépressives relativement importantes. L'assuré rapporte la tristesse et la fatigue anormale ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir. Il tend à conférer un caractère permanent à ces trois symptômes. Par ailleurs, il y aurait des idées suicidaires fréquentes formulées de façon passive (la vie ne vaut pas la peine). La culpabilité est relatée en termes d'une certaine honte de ne pouvoir subvenir aux besoins de la famille. La baisse de l'estime de soi est référée à la perte des rôles familiaux et sociaux. Il y a aussi les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil. Si on prend en compte l'ensemble de ces symptômes, on doit retenir l'épisode dépressif moyen. Celui-ci pourrait remonter au milieu des années 2000. A priori, il n'y a pas d'arguments pour noter de véritable rémission depuis lors. En l'absence d'épisode antérieur, on peut exclure la récurrence. La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque étant restée négative, on peut écarter un trouble bipolaire. Au terme de cette réflexion diagnostique, on doit retenir un épisode dépressif moyen. Le soussigné doit toutefois le qualifier de probable, sachant une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations objectives. • Syndrome douloureux somatoforme persistant [...] La CIM-10 définit actuellement le syndrome douloureux somatoforme persistant en passant par les étapes diagnostiques A et B figurant au Tableau 1 ci-après. Tableau 1 Le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10, 1989) A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient. B. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2). Dans le cas présent, les douleurs sont indiscutablement la plainte principale de l'assuré. Le dossier souligne la discordance entre ces plaintes et les bases organiques objectives. Le contexte de détresse ne fait guère de doute. On doit dès lors retenir le critère A du tableau 1 ci-dessus. En l'état, il n'y a pas les arguments pour retenir un autre trouble somatoforme que le syndrome douloureux somatoforme persistant.

- 10 - L'épisode dépressif n'est pas assez typique ni assez sévère pour exclure le trouble somatoforme. Il est tout au plus probable. Il est apparu après les douleurs somatoformes. Il n'y a pas d'arguments pour une psychose et une psychose schizophrénique en particulier. Il n'y a dès lors pas lieu de retenir les facteurs d'exclusion prévus à la lettre B du tableau 1 ci-dessus. Au terme de cette réflexion, le soussigné retient le syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'instar de la plupart des intervenants au dossier sur ces dernières années. • Autres pathologies psychiatriques La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. L'assuré a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts

de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. Appréciation asséurologique [...] • Appréciation clinique En premier lieu, il convient d'effectuer une appréciation clinique de cette situation. Le syndrome douloureux somatoforme persistant ne fait guère de doute ici. L'épisode dépressif doit être qualifié de probable. La présentation objective de l'assuré est en effet relativement rassurante. On s'attendrait à un sujet plus triste, plus inhibé et plus ralenti, au vu de ce qui était décrit au dossier. En fait, si on se réfère à ce qu'on observe, on peut douter de la réalité clinique d'un épisode dépressif. Les éléments réactionnels paraissent d'ailleurs au premier plan. Comme l'assuré rapporte néanmoins des plaintes dépressives, le soussigné les a prises en compte. La chose permet de retenir un épisode dépressif moyen ou modéré, sans plus. Il n'y a pas d'arguments pour un degré de sévérité supérieur à celui qui a été retenu. [...] L'assuré a par ailleurs des ressources. Il collabore correctement et adéquatement à l'investigation. Il fonctionne bien sur le plan intellectuel. [...] Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne. Points nécessitant un examen particulier Dans un tel contexte, il convient aussi d'examiner un certain nombre de points particuliers. La comorbidité psychiatrique est un des points à considérer. De façon générale, elle doit être grave, typique, indiscutable sur le plan diagnostique et avoir valeur incapacitante en soi pour qu'elle puisse être envisagée de façon indépendante de ce que désigne déjà le trouble somatoforme. Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique n'a rien d'extraordinaire. On est face à une situation d'épisode dépressif probable, sans plus, dans la mesure où l'on confronte les plaintes de l'assuré à ce qui est objectivement constaté. [...]

- 11 - Le trouble n'a dès lors pas l'acuité qui justifierait de le faire considérer à part et de lui conférer une incapacité de travail psychiatrique significative dans un contexte de trouble somatoforme. En cas de trouble somatoforme, le deuxième critère à considérer est celui de l'intégration sociale (et de la vie et des capacités relationnelles des sujets en cause). Certains sujets souffrant de troubles somatoformes graves perdent leurs contacts sociaux et leurs capacités relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leur famille. Ils ne sortent quasiment plus. Ils n'ont plus d'amis. Ils n'ont plus de visites. Ils se désintéressent des médias et de l'actualité. Ils vivent cloîtrés dans leur chambre allant jusqu'à éviter les repas avec leurs proches. Ils peuvent inverser leur rythme nyctéméral, vivant la nuit et dormant de jour, afin d'être d'avantage isolés. Pour le soussigné, de telles situations vont dans le sens d'un trouble somatoforme gravissime et ont d'ailleurs pour règle une comorbidité psychiatrique le plus souvent sévère. Dans le cas présent, l'assuré garde de bonnes capacités relationnelles. Il peut communiquer correctement. Il suit le focus de l'entretien. L'expertisé rapporte par ailleurs de bons liens dans sa famille nucléaire (femme et enfants). Il garde un contact hebdomadaire avec ses parents. Il rencontre son frère au travers de visites réciproques. Il dit garder des amis, même si son réseau social a logiquement rétréci avec l'arrêt de l'activité professionnelle et la précarité économique actuelle. On ne peut dès lors pas retenir une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On peut admettre le processus maladif de longue durée, sachant que les troubles de l'assuré durent depuis des années. On pourrait admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, sachant que l'expertisé est au bénéfice de soins adéquats. Certaines douleurs chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité. Dans le cas de M. Z. \_\_\_\_\_, on peut envisager une certaine fixation des troubles.

L'assuré a pourtant des ressources. Il peut modifier sa thymie en cours d'entretien. Il peut s'intéresser. Il peut se défendre, s'il a l'impression de ne pas être compris ou traité justement. Pour le soussigné, on n'est pas face à l'attitude fataliste et définitivement figée de certaines douleurs chroniques. Cette situation paraît tout de même garder une certaine plasticité, même si celle-ci est toute relative. Au vu de ces constatations et du point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne retient dès lors pas d'incapacité de travail dans ce cas, dans la mesure où il applique les règles actuellement en vigueur en la matière. D'un point de vue médico- théorique, l'assuré devrait être à même de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein. Actuellement, le traitement est vraisemblablement optimal tant en qualité qu'en quantité, au vu de ce qui peut être proposé dans un tel cas.

- 12 - Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui se vit comme totalement invalide et qui, actuellement, n'a aucune demande pour réintégrer le marché de l'emploi. Même si la situation est vraisemblablement fixée pour une longue durée, cet assuré conserve des ressources. Sa présentation montre encore une certaine plasticité peut être acquise par les démarches psychothérapeutiques de ces derniers mois. Même si le pronostic est réservé, il subsiste un mince espoir d'une réintégration dans le monde ordinaire du travail. Cette possibilité a d'ailleurs été évoquée dans le rapport médical que vous a adressé le médecin psychiatre traitant. Conclusions En conclusion, M. Z. \_\_\_\_\_ est un ressortissant albanais de Macédoine qui rapporte un père alcoolique et violent et l'enfance de celui qui a dû travailler dur, beaucoup et dès son plus jeune âge en raison de la précarité économique familiale. L'assuré a émigré en Suisse apparemment sans difficulté particulière même s'il peut avoir eu l'impression d'avoir été exploité par un premier employeur. Il a ensuite su trouver une bonne stabilité professionnelle. Depuis le début des années 2000 et sans qu'on en trouve des causes psychosociales observables, l'expertisé a présenté un tableau de lombalgies aspécifiques. L'extension des douleurs et la perte des liens de celles-ci avec le socle organique objectif ont fait retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant bientôt assorti de diagnostics relevant de la dépression. L'assuré n'a plus travaillé depuis l'automne 2006, d'après les informations à disposition. Il est actuellement au bénéfice de l'aide sociale après avoir épuisé les prestations de l'assurance chômage et les indemnités journalières pour perte de gain. En appliquant les règles actuellement en vigueur, le soussigné ne peut retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas pour des motifs qui ont été développés dans le corps de ce rapport d'expertise. Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un sujet qui n'a aucune demande dans cette direction. Le pronostic reste réservé, même s'il reste une mince possibilité de retour au travail sur le long terme." Au terme de son avis médical SMR du 2 novembre 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_ a souligné que l'expert précité avait estimé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable motivée par des maladies psychiatriques, l'exigibilité restant inchangée depuis la dernière décision AI de février 2007.

- 13 - Dans un projet de décision du 8 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a notamment considéré ce qui suit: "Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé en qualité d'ouvrier maraîcher d'octobre 1998 à 2006, puis par la suite, vous vous êtes inscrit au chômage. Depuis lors, vous êtes à l'aide sociale. En complément aux renseignements médicaux en notre possession, une expertise psychiatrique est réalisée le 27.09.2010, avec l'aide d'une

interprète, auprès du Dr D. \_\_\_\_\_ à Sion. Il ressort des observations médicales que d'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucune incapacité de travail de longue durée; les symptômes liés au trouble somatoforme n'empêchent pas la réintégration dans le monde ordinaire du travail en plein. Au plan somatique, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: pas de port de charge de plus de 15 Kg, pas de position du tronc, tenue en porte-à-faux, pas de flexion- rotation répétées du tronc, vous continuez à conserver une capacité de travail de 100 %. Tel est le cas dans des activités industrielles légères (domaine du conditionnement léger, surveillance d'une chaîne de production, conditionnement léger). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, CHF 4'588.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA 1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'771.52 (CHF 4'588.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'258.24. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+ 1.00 % + 1.42 %; La Vie économique, 10-2006, p.91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 58'652.02 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

- 14 - Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 52'786.82. Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu d'invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 55'620.- dans votre activité antérieure. Comparaison des revenus: sans invalidité CHF 55'620.00 avec invalidité CHF 52'786.80 La perte de gain s'élève à CHF 2'833.20 = un degré d'invalidité de 5.09% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité." Par décision du 6 janvier 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet de décision. Par communication du 17 février 2011, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement au motif que l'assuré ne se sentait alors pas apte à travailler pour des raisons de santé. C. Le 7 février 2011, Z. \_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru contre la décision de refus précitée en concluant principalement sous suite de frais et dépens à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre de mesures de réadaptation et encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée. Dans sa réponse du 30 mars 2011,

l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

- 15 - Par réplique du 16 juin 2011 le recourant a conclu à l'octroi d'une demi-rente AI. Il fonde son argumentation sur une expertise privée effectuée par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il résulte de son rapport d'expertise du 26 mai 2011, notamment ce qui suit: "Diagnostics psychiatriques CIM-10: Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32. 11 Trouble somatoforme douloureux persistant F45.4 Discussion: Nous avons retenu le diagnostic d'épisode dépressif au sens du chapitre F32 de la CIM-10 (Trouble dépressif majeur selon le DSM-IV) en raison de la présence des critères nécessaires à ce diagnostic, et cela depuis plusieurs années (manque de confiance en soi, repli sur soi et isolement social, tristesse, perte d'envie et de plaisir, troubles du sommeil, troubles de la concentration, etc.). Du point de vue de l'intensité de l'épisode, nous avons retenu un degré moyen actuellement, en estimant vraisemblable une oscillation entre un degré léger et un degré sévère dans l'évolution dynamique du processus dépressif chronique. Comme l'attestent par ailleurs les rapports de spécialistes depuis 2006. Nous ne retenons pas de trouble dépressif récurrent, car la récurrence implique des phases de rémission complète sur le plan de l'humeur, ce qui n'est pas le cas de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ qui est resté constamment dépressif depuis 2006. Les éléments de sévérité ressortent plus du ressenti verbalisé et de la description que le fils donne de son père que de ce qui peut être observé durant la consultation. Il semble exister une discordance entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques. En effet, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ ne présente pas de ralentissement psychomoteur marqué, ni d'indices observables en faveur de troubles cognitifs. Notre avis en faveur d'un état dépressif de sévérité moyenne tient compte également du dossier et de l'observation rapportée par le fils que nous avons vu lors du deuxième entretien. En effet, ce dernier décrit un père passif, nécessitant beaucoup de stimulation au quotidien et qu'on doit sans cesse surveiller par crainte d'un passage à l'acte suicidaire. Soulignons ici que la prise de renseignements auprès d'un tiers (hétéroanamnèse) est une manière de procéder qui est conforme aux lignes directrices de la SSPA et qui est aussi recommandée par des spécialistes suisses des expertises médicales (Gabriela Riemer- Kafica, Université de Lucerne, «Expertises en médecine des assurances» et Ulrike Hoffmann-Richter, SUVA, «Die psychiatrische Begutachtung»). Cette hétéroanamnèse ne peut être fournie que par une personne proche de l'expertisé puisqu'il s'agit d'investiguer une sphère intime. De ce qui précède, il ressort que nous rejoignons le Docteur D. \_\_\_\_\_ sur le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux

- 16 - persistant. En effet, la problématique douloureuse est présentée comme un problème central par l'expertisé. En revanche, nous nous écartons du diagnostic de probable dépression moyenne posé par le Docteur D. \_\_\_\_\_ dans son expertise, au motif qu'il n'identifie pas le caractère indéniable de l'état dépressif de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ et qu'il ne tient pas compte des avis des autres spécialistes qui ont vu l'expertisé avant lui. Avant de discuter de la question de l'exigibilité de la capacité de travail, il nous paraît important de discuter de l'étude du complément du dossier, dossier reçu de Maître Izzo dans la cause opposant l'expertisé à [...], assureur perte de gain. En effet, nous constatons un blocage du processus de guérison de l'expertisé par son besoin d'aide restant sans réponse en 2006. Son atteinte à la santé empêchant un retour dans l'ancienne activité a bien été reconnue, mais sans donner lieu à aucune mesure de reconversion professionnelle. Monsieur Z. \_\_\_\_\_ semble avoir été progressivement marginalisé puis exclu dans le système d'assurance sans bénéficier d'une réinsertion professionnelle, malgré ses problèmes de dos. Cela, alors qu'il

pouvait présenter un potentiel de réinsertion non négligeable en 2006. Un sentiment d'injustice et d'impuissance s'est aggravé chez lui après le premier rejet de l'AI, le durcissement du ton chez [...] a ensuite figé tout processus évolutif favorable chez l'expertisé. Nous estimons hautement probable qu'une personne dépressive qui a fait plusieurs recherches d'emploi infructueuses, connaisse une rechute ou une aggravation de sa maladie dépressive à l'aune des espoirs déçus et à l'approche de l'échéance de son droit aux indemnités, que soit chômage ou APG. La vulnérabilité de Monsieur Z.\_\_\_\_\_ étant par ailleurs reconnue et avérée. Aussi, nous sommes en présence d'un homme de 43 ans qui a travaillé à partir de l'âge de 14 - 15 ans dans la maçonnerie pour aider sa mère à subvenir aux besoins de ses enfants au regard d'un père absent et alcoolique. Par la suite, cet homme se marie très jeune et doit gagner la Suisse pour chercher du travail afin de subvenir aux besoins de sa femme et de ses trois enfants. La dureté du travail, l'éloignement géographique de sa famille a fragilisé progressivement l'état psychique de l'expertisé malgré des visites annuelles dans sa famille. La souffrance psychique liée à sa situation s'est vraisemblablement somatisée par des douleurs dorsales sur fond de surcharge physique. Par ailleurs, une étape importante dans l'évolution de l'expertisé a été la concrétisation du regroupement familial qui a mis l'expertisé devant une situation de stress et de surcharge financière. L'épuisement des mécanismes de défense au fil du temps a engendré le développement progressif d'un état dépressif dès 2006 et l'installation d'un trouble somatoforme qui s'est chronifié par la suite. Nous estimons que la blessure narcissique liée à la perte de l'emploi qui correspond aussi à la perte du rôle de père capable de subvenir aux besoins de sa famille a contribué à la cristallisation de l'état dépressif de l'expertisé. Au vu de ce qui précède nous considérons comme avérée et non pas probable la présence d'un épisode dépressif chez l'expertisé. Cet état existe probablement depuis juin 2006 (rapport Dr C.\_\_\_\_\_), mais en tous les cas depuis octobre 2008 (rapport Dr K.\_\_\_\_\_).

- 17 - Quant à la question de l'exigibilité d'une capacité de travail, l'expertisé estime qu'il est capable de travailler dans une activité adaptée, mais il ne peut assurer de sa régularité en raison de l'imprévisibilité de ses douleurs. A notre avis, cette position traduit la forte ambivalence qui habite Monsieur Z.\_\_\_\_\_, son tiraillement entre son envie de repartir dans la vie active et sa crainte de ne pas pouvoir assumer les exigences d'un employeur. Le Docteur J.\_\_\_\_\_ parle d'un patient dont l'état évoque la sinistrose. Il avait tenté de l'en faire sortir par une activité protégée au [...] en 2009, mais sans succès. A notre avis, des moyens plus importants et plus professionnels qu'une simple activité occupationnelle au [...] auraient été nécessaires. De notre point de vue psychiatrique, une capacité de travail de 50 % est actuellement exigible dans une activité adaptée chez cet expertisé. Cependant, il faut reconnaître que le faible niveau d'instruction de l'expertisé rétrécit ses chances de trouver un tel travail dans les conditions actuelles du marché de l'emploi, en tenant compte de la composante somatique de sa santé qui semble reconnu et durable. Enfin, la vulnérabilité psychique de par la dépression persistante depuis cinq ans prétérite la capacité de l'expertisé à tenir un emploi sur le long terme." Le Dr S.\_\_\_\_\_ est d'avis que les deux diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail résiduelle. Il estime qu'il existe une incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, sous l'angle psychiatrique, la composante psychiatrique existant depuis juin 2006 et ayant modulé la capacité de travail globale de manière fluctuante passant de 50 % à 0 % de capacité, en fonction de l'espoir de l'expertisé de trouver une solution à sa perte d'emploi et en fonction des refus ou échecs essuyés au cours de la période qui s'est écoulée de 2006 à actuellement, la diminution de la

capacité de travail correspondant à une difficulté à mobiliser l'énergie nécessaire à une nouvelle activité, à une fatigabilité, une difficulté de se concentrer dans le cadre d'un déconditionnement psychique de plusieurs années. Il est impossible à l'expert de préciser l'évolution de la capacité de travail depuis juin 2006 à maintenant, mais il estime que celle-ci ne se situe en moyenne pas au-dessus de 50 % depuis octobre 2008. A la question "L'affection psychiatrique présentée par l'expertisé constitue-t-elle une pathologie d'importance pouvant constituer une comorbidité importante à un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant a) par sa gravité ?, b) par son acuité ? c) par sa durée ?", le Dr S. \_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative concernant la gravité et la durée. S'agissant des douleurs, le Dr S. \_\_\_\_\_ indique, hors contexte professionnel, ne pas avoir fait d'observation allant dans le sens

- 18 - de douleurs particulièrement intenses, impliquant une incapacité de travail par elles-mêmes. Il estime qu'il s'agit d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable dès lors que le recourant souffre d'un trouble dépressif depuis bientôt cinq ans et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui évolue depuis plusieurs années, le trouble dépressif se manifestant par des phases oscillant d'une intensité moyenne à sévère. Il indique que le recourant souffre d'une affection corporelle chronique à savoir de discopathies cervicales et lombaire et relève que le recourant n'a plus de contacts qu'avec sa femme et ses enfants, ainsi qu'avec son frère, n'ayant plus aucune attache sociale en dehors de sa famille. Selon le Dr S. \_\_\_\_\_, le traitement ambulatoire n'a pas abouti à une évolution favorable malgré une approche globale et bio-psycho- sociale, probablement en raison d'absence de mesures véritables de réinsertion professionnelle, la coopération de l'assuré ne semblant pas avoir posé de problèmes, mais plutôt l'absence de mesures de reconversion professionnelle pertinentes. Il indique en outre que "vu l'âge et les ressources résiduelles de l'expertisé, une réinsertion professionnelle réussie nous semble la clé de voûte de sa prise en charge psychiatrique dans l'optique d'une réhabilitation sociale. Aucun traitement médicamenteux, ni aucune psychothérapie n'arrivera à bout de la perte narcissique sévère qu'a subi cet homme qui se vit et qui vit comme un reclus, invalide, déchu et rejeté par la société." Il estime qu'il existe bien une comorbidité psychiatrique et un état psychique cristallisé mais est d'avis que cet état pourrait encore être mobilisé par un accompagnement soutenant où des moyens conséquents de réinsertion professionnelle véritable sont déployés et où la perte de la capacité de gain est compensée. A son avis, le recourant ne tire pas de bénéfice ni de soulagement de son état, son état psychique traduisant plutôt son impuissance face à des réponses qu'il vit comme

- 19 - contradictoires (par exemple qu'il peut travailler, mais qu'il ne peut pas porter plus de 5 kg ce qui peut paraître insensé à un travailleur de force). A la question du conseil du recourant lui demandant, en cas de divergence d'opinion avec le Dr D. \_\_\_\_\_ de préciser en quoi et d'en motiver les raisons, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit: "Notre opinion sur le plan diagnostique concernant la dépression diffère de celle du Docteur D. \_\_\_\_\_ comme déjà exposé dans la discussion. Le Docteur D. \_\_\_\_\_ ne tient pas compte des diagnostics de dépression sévère des autres spécialistes qui ont vu l'expertisé avant lui, ne reconnaissant notamment pas le caractère majeur de ce trouble dépressif (à savoir un diagnostic du chapitre F32 selon la CIM). Le caractère sévère est pourtant signalé et décrit à plusieurs reprises dans le dossier. Le Dr D. \_\_\_\_\_ semble mettre en doute les plaintes de l'expertisé, parce que les réponses sont «inductibles et toujours positives ». Relevons que le Dr D. \_\_\_\_\_ fait bien état lui aussi d'une symptomatologie dépressive classique

(tristesse, fatigue et fatigabilité, perte de plaisir et d'intérêt à la vie, sentiments de culpabilité, idéation de suicide, baisse de l'estime de soi, difficultés à penser et à se concentrer, troubles du sommeil). Il nous paraît peu convaincant d'écarter ces plaintes au simple motif qu'elles sont «inductibles et toujours positives» sans autre indice qui permettrait d'affirmer que les plaintes ne sont pas effectives. Au vu de la durée du processus maladif et des nombreuses consultations psychiatriques antérieures, il ne nous semble pas pertinent de retenir un diagnostic de probabilité uniquement à cause de la discordance entre les plaintes et les observations (cf page 12 du rapport D.\_\_\_\_\_). Cette discordance que nous avons bien perçue s'explique à notre avis par la complexité de cette situation, chez une personne qui dispose bien de ressources résiduelles, mais qui ne peut les exploiter sans y être aidé. La complexité de cette situation ressort par ailleurs sous d'autres aspects, comme par exemple les appréciations divergentes des deux médecins-conseil de la [...], des décisions formulées puis annulées de la [...], des certificats à géométrie variable du Dr Q.\_\_\_\_\_, de la non entrée en matière du service de réadaptation de l'Al parce que le salaire de base de l'expertisé est trop faible, etc. La réponse du Dr D.\_\_\_\_\_ permet bien aux assurances de clore ce dossier sur un plan administratif, mais l'incapacité de Monsieur Z.\_\_\_\_\_ d'exploiter sa capacité de travail résiduelle persiste sous l'angle psychiatrique et médical. Cette incapacité pousse ce dernier, de manière inconsciente ou consciente, à se figer dans son état dépressif et dans son syndrome somatoforme douloureux." Dans sa duplique du 7 juillet 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions en rejet du recours et produit un avis médical SMR du 27 juin 2011 des Drs G.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ auquel il se rallie et dont la teneur est notamment la suivante:

- 20 - "[...] Dans le cas de deux expertises retenant des diagnostics identiques, la jurisprudence du TFA en la matière nous dit que pour être convaincant le dernier expert, le Dr S.\_\_\_\_\_ dans ce cas, doit expliquer les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du premier expert. En page 14 de son expertise le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que la CT est de 50% depuis octobre 2008. L'anamnèse et les documents au dossier ne permettent donc pas de retenir depuis octobre 2008 une aggravation ou une amélioration de l'état de santé psychique. L'état de santé semble donc stationnaire pour le Dr S.\_\_\_\_\_ depuis octobre 2008. Donc depuis septembre 2010 date de l'expertise D.\_\_\_\_\_, il n'y a pas eu d'aggravation. Les diagnostics retenus par les 2 experts sont identiques. Le fait que le Dr D.\_\_\_\_\_ qualifie de probable (vraisemblable selon le Larousse) l'épisode dépressif moyen est expliqué dans le texte d'expertise. Il est précisé en page 14 que l'expert a pris en compte les plaintes dépressives de l'assuré. Puis le Dr D.\_\_\_\_\_ a apprécié la situation à la lumière de la jurisprudence du TFA en la matière. On suit donc un fil directeur dans son raisonnement et ses conclusions sont en accord avec la jurisprudence en la matière. Nous ne trouvons pas d'éléments ayant valeur de fait justifiant que l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ ne soit autre chose que l'appréciation différente d'une situation similaire ou que le Dr S.\_\_\_\_\_ ait pu mettre en évidence des empêchements graves et durables qui auraient pu échapper au premier expert. Il signifie qu'en tant qu'expert neutre et indépendant qu'elle ne constituent pas une comorbidité psychiatrique d'une grande acuité. Or le TFA demande avant tout en cas de TSD/fibromyalgie de constater la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une grande acuité et d'une durée manifeste ce que ne constitue pas à nos yeux un épisode dépressif moyen avec ou sans syndrome somatique tel que décrit dans ces 2 expertises. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter de l'expertise D.\_\_\_\_\_." Par écriture du 16 septembre 2011, le recourant a fait part de ses déterminations sur la duplique de l'intimé. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur

la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

- 21 - invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 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 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière à modifier son droit à la rente depuis la décision rendue le 27 février 2007 par l'OAI. 3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré

- 22 - rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204 consid. 3a et les références). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/2002 du 2 décembre 2003, consid. 2 et I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire

lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; TFA I 490/2003 du 2 mars 2004, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence

- 23 - rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2). c) L'article 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012; ATF 130 V 71 consid. 3). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une

- 24 - constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références). En l'espèce, il y a ainsi lieu de comparer les faits existant lors de la décision du 27 février 2007 avec ceux à prendre en compte lors de la décision attaquée. 4. 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 de 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. b) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; A compter du 1er janvier 2004, selon l'art. 28 al. 1 LAI (4<sup>e</sup> 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 un 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 (cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2008).

- 25 - 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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). De jurisprudence constante, 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). Ce dernier constat a 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. 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. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut

- 26 - également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). 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 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). 5. a) En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapport du 8 mai 2006) avait posé les diagnostics de lombalgies chroniques d'origine aspécifique et de troubles statiques modérés, le Dr C. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 juin 2006) de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, troubles statiques et déconditionnement physique

global et focal avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse ainsi qu'un état anxio-dépressif réactionnel et le Dr Q. \_\_\_\_\_ (rapport du 14 août 2006), le diagnostic de lombalgies résistantes chroniques. Ce praticien retenait une incapacité de travail de 50 % depuis le 3 juillet 2006 dans l'activité habituelle et le Dr C. \_\_\_\_\_ estimait qu'il n'était pas certain que le recourant puisse continuer jusqu'à l'âge de la retraite dans une activité lourde. Le Dr V. \_\_\_\_\_ (rapport du 4 décembre 2006) a retenu un début de longue maladie dès le 6 mars 2004, la capacité de travail comme ouvrier maraîcher étant de 50 % et de 100 % dès cette date dans une activité adaptée à savoir sans port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenu en porte-à-faux et pas de flexion répétée du tronc. A la suite de la deuxième demande, le Dr Q. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 octobre 2009) a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de cervico-scapulagies chroniques et de discopathies. Il a indiqué que les cervico-lombalgies évoluaient défavorablement depuis 2006 et relevé l'existence d'une distorsion évidente entre les lésions organiques objectives et les plaintes subjectives du recourant. Le Dr M. \_\_\_\_\_ (rapport du 11 novembre 2008) a posé le diagnostic de cervico-lombalgies

- 27 - chroniques aspécifiques dans le cadre de troubles statiques modérés et d'un syndrome d'amplification des symptômes. Il a également relevé une indiscutable discordance entre les allégations douloureuses de l'assuré et les constatations objectives fort restreintes en éléments pathologiques. Enfin le Dr B. \_\_\_\_\_, qui pose les mêmes diagnostics, fait état d'un déconditionnement principalement psychique. Aucun de ces praticiens n'indique d'incapacité de travail dans une activité adaptée due uniquement à des facteurs somatiques. Une aggravation de l'état de santé du recourant sur ce plan entraînant une incapacité de travail plus importante n'est ainsi pas établie. b) aa) Sur le plan psychique, l'ensemble des spécialistes consultés posent le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un

- 28 - processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/2004 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux

prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 131 V 49). bb) Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/2006 du 31 janvier 2007 et jurisprudence citée). En l'espèce, les Drs K. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ (rapport du 8 octobre 2008), ont posé le diagnostic d'état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, le Dr F. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 octobre 2009), d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique et le Dr J. \_\_\_\_\_ (rapport du 28 janvier 2010), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique ainsi que d'autres modifications

- 29 - durables de la personnalité liées à un syndrome algique chronique et état de tension prolongé. Le Dr D. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de probable épisode dépressif moyen et le Dr S. \_\_\_\_\_ d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le diagnostic de modifications durables de la personnalité n'est posé par aucun autre praticien que le Dr J. \_\_\_\_\_. Ce diagnostic, peu étayé ne doit dès lors pas être retenu, de même que celui de trouble dépressif récurrent, vu l'absence d'épisode antérieur (expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, p. 12), la récurrence impliquant des phases de rémission complète sur le plan de l'humeur (expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, p. 10). Quant à l'intensité du trouble dépressif, qualifié de sévère par les médecins traitants du recourant, il n'a pas été constaté comme tel par les experts. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a expliqué (p. 7 de l'expertise) que la recherche d'une symptomatologie dépressive tendait à donner des réponses inductibles et constamment positives. C'est la raison pour laquelle, il n'a pas effectué le test de Hamilton (p. 8 de l'expertise). Son expertise ne saurait dès lors être considérée comme lacunaire pour ce motif comme le soutient le recourant. L'expert D. \_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif moyen probable pour la même raison. En outre, lors de l'examen clinique, il n'a pas constaté que le recourant présentait autant de symptômes que ceux dont il se plaignait, une discordance apparaissant entre une présentation pleinement rassurante et des plaintes dépressives relativement importantes. L'expert a en outre exposé (p. 14 de l'expertise) qu'un épisode dépressif sévère ne pouvait être retenu dès lors que les rapports médicaux qui retiennent ce degré ne mentionnent pas in extenso les huit items requis par la CIM-10. Il lui paraît par conséquent improbable que l'épisode dépressif du recourant s'il se confirmait ait atteint véritablement un degré de gravité sévère à un quelconque moment de l'évolution. L'expert en conclut que la comorbidité psychiatrique n'a rien d'extraordinaire dès lors que l'on est face à une situation d'épisode dépressif probable sans plus et que le trouble n'a pas l'acuité qui justifierait de le faire considérer à part et de lui conférer une incapacité de travail psychiatrique significative.

- 30 - Le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif moyen. Il relève toutefois également (expertise, pp. 10 et 11) que les éléments de sévérité ressortent plus du ressenti verbalisé et

de la description que le fils donne de son père que de ce qui peut être observé durant la consultation, une certaine discordance semblant exister entre les plaintes exprimées et les constatations cliniques, le recourant ne présentant pas de ralentissement psychomoteur marqué, ni d'indices observables en faveur de troubles cognitifs. Il indique également s'être fondé sur le dossier pour poser ce diagnostic, estimant que le caractère sévère du trouble psychiatrique est signalé et décrit à plusieurs reprises dans le dossier (expertise p. 16). Il ne détaille toutefois pas cette appréciation. Il suit de là que les conclusions de l'expert D. \_\_\_\_\_, fondées sur ses propres observations, de même que sur l'examen du dossier, apparaissent mieux motivées et convaincantes que celles du Dr S. \_\_\_\_\_. Au degré de la vraisemblance prépondérante, il y a lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen probable. De toute manière, même si l'on retenait le diagnostic posé par le Dr S. \_\_\_\_\_, cela n'aurait pas d'incidence. En effet, il ne résulte pas des rapports médicaux figurant au dossier que le trouble dépressif serait indépendant du trouble somatoforme. Selon le rapport du 8 octobre 2008 des Drs K. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, il a été diagnostiqué dès avril 2006 en même temps que le trouble somatoforme. L'anamnèse n'a pas révélé dans le cas particulier une prédisposition du recourant à développer un trouble dépressif. Enfin, le Dr S. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas que ce trouble constitue une comorbidité psychiatrique importante au regard de son acuité, partageant ainsi l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, mais de sa gravité et de sa durée uniquement. La présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ne peut dès lors être retenue.

- 31 - cc) Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus tous réalisés. On ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celui-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique, toutefois, les constatations objectives sont restreintes et la capacité de travail est complète dans une activité adaptée. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, en effet, le recourant a de bonnes relations avec son épouse et ses enfants, a conservé des liens avec son frère et téléphone chaque semaine à ses parents. Il a en outre conservé quelques amis (expertise p. 5 et 7) avec son frère, il téléphone à ses parents et voit occasionnellement des amis. S'agissant de l'état psychique cristallisé, le Dr D. \_\_\_\_\_ estime que l'on peut certes envisager une certaine fixation des troubles mais que le recourant a pourtant des ressources et que la situation paraît garder une certaine plasticité même si celle-ci est toute relative. Le Dr S. \_\_\_\_\_ retient un état psychique cristallisé mais est d'avis que cet état pourrait encore être mobilisé par un accompagnement soutenant où des moyens conséquents de réinsertion professionnelle véritable sont déployés et où la perte de la capacité de gain est compensée. Il apparaît dès lors que ce critère ne peut être retenu. En revanche, on peut admettre l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. En conséquence, la majorité des critères n'est pas réalisée. Enfin les deux experts, comme d'ailleurs d'autres praticiens avant eux (les Drs M. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_) relèvent une discordance entre les plaintes exprimées par le recourant et les constatations cliniques. Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée de lui.

- 32 - Aucune incapacité de travail sur le plan psychique ne peut être retenue. Il n'y a ainsi pas de modification des circonstances sur le plan médical. 6. a) Sur le plan économique, selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.2, 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 8.1 et 9C\_953/2008 du 5 octobre 2009, consid. 4.3). Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – la jurisprudence admet la possibilité de

- 33 - se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/2004 du 21 juillet 2005, consid. 5; ATF 126 V 76 c. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/2004 du 1er avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 c. 5b/aa- cc). Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (TF 9C\_280/2010 du 12 avril 2011). b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis la fin 2006. Il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en

l'occurrence en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). S'agissant du revenu de valide retenu par l'OAI, le salaire

- 34 - de 55'620 fr. ressort du questionnaire complété le 1er septembre 2006 par l'ancien employeur et doit donc être confirmé. S'agissant du revenu d'invalidé réalisable en 2006, il se base sur le salaire mensuel brut de 4'732 fr. tel que ressortant de l'ESS 2006, soit un revenu annuel brut (part au 13e salaire comprise) de 56'784 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.7 h. en 2006 (La Vie économique 12-2007, p. 98 tableau B 9.2), on obtient un revenu d'invalidé annuel brut de 59'197 fr. 32 ( $[56'784 \text{ fr.} / 40] \times 41.7$ ). Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, l'intimé a considéré qu'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. En l'occurrence, le taux de 10 % retenu par l'OAI tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé du fait des limitations somatiques liées au handicap telles que retenues par les médecins et experts consultés ainsi que des autres facteurs personnels pouvant entrer en considération. La cour de céans ne s'écartera dès lors pas de l'appréciation de l'administration. Partant, après déduction d'un abattement de 10 %, le revenu d'invalidé réalisable en 2006 s'établit en définitive à 53'277 fr. 60 ( $59'197 \text{ fr.} 32 \times 0.90$ ). Après comparaison entre le revenu d'invalidé (53'277 fr. 60) et celui sans invalidité (55'620 fr.), il en résulte une perte de gain de 2'342 fr. 40 correspondant à un degré d'invalidité de 4,21 % ( $2'342 \text{ fr.} 40 / 55'620 \text{ fr.} \times 100$ ). En comparaison avec la décision de refus initiale de février 2007, on constate que le taux d'invalidité du recourant ne s'est pas modifié dans une proportion susceptible de motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 3c supra). Ce degré d'invalidité n'est finalement ni de nature à ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 3b supra) ni de nature à donner lieu à la mise en œuvre de mesures professionnelles (il y a effectivement droit au reclassement notamment que lorsque l'atteinte à la santé revêt des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure ne puisse être raisonnablement exigée et qu'elle a pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain supérieure à

- 35 - 20% [ATF 124 V 108 consid. 2b; Maurer/Scartazzini/Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3e éd., Bâle 2009, n°57 p. 169], le pourcentage précité étant calculé en fonction de principes identiques à ceux servant à la détermination du degré d'invalidité [VSI 2000 p. 63; RCC 1984 p. 95]. 7. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée rejetant la demande de prestations est conforme au droit et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 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-VD [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 doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant 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 p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud rendue le 6 janvier 2011 est confirmée.

- 36 - III. Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont 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 Claudio Venturelli (pour Z. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 37 - 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.