

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2010

---

Présidence de     Mme     LANZ PLEINES  
Juges     :     Mmes    Thalmann et Röthenbacher  
Greffière   :     Mme Pasche

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Monique Gisel,  
avocate au Mont-sur-Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LAI et 28 LAI; 6, 7, 8 et 16 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** H. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, ressortissant chilien entré en Suisse en [...], marié, père d'une fille née en 1992, sans formation, a travaillé en qualité de nettoyeur d'octobre 1993 à juin 1996, percevant à ce titre un salaire mensuel brut de 4'300 fr., puis a été au chômage jusqu'au 30 juin 1998. Le 2 juillet 1998, il a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant au versement d'une rente, indiquant souffrir de lumbagos chroniques et de vertiges depuis 1985.

En cours d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a interpellé le médecin-traitant de l'assuré, le Dr Z. \_\_\_\_\_, généraliste, qui s'est dit dans l'impossibilité de fournir des indications exactes relatives à l'incapacité de travail de l'assuré, ce dernier ayant occupé de nombreux poste de travail «sans lendemain» dès 1987. Il a diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral aigu à répétition avec mise en évidence en juillet 1992 d'une protusion discale L4-L5 droite ainsi que des somatisations diverses d'un état anxieux chronique dès 1987 (rapport du 7 août 1998 à l'OAI). Le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a jugé dans son rapport du 17 août 1998 au Dr Z. \_\_\_\_\_ que le patient n'était plus apte à aucune activité professionnelle et a posé les diagnostics de somatisations et angoisses de type hypochondriaque. Le Dr Q. \_\_\_\_\_, psychiatre, a estimé que l'incapacité de travail de l'intéressé était de 100% dès 1996, diagnostiquant un tassement vertébral et des troubles anxieux avec humeur dépressive (rapport du 31 mars 2000 à l'OAI). Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a précisé que le patient présentait en plus des diagnostics qu'il avait posés initialement une hypertension artérielle (ci-après également: HTA) sous traitement, une obésité ainsi qu'une hypercholestérolémie (rapport du 2 février 2000 à l'OAI). L'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, qui a considéré que l'atteinte à la santé somatique (HTA traitée, obésité et hypercholestérolémie) et psychique (troubles neurovégétatifs, troubles anxieux et humeur dépressive) n'était pas durable ou définitive et n'entraînait pas d'incapacité de gain notable car

elle était de degré faible; dans une activité adaptée, la capacité de travail était complète (rapport du 29 mai 2000).

Selon la communication interne figurant au dossier, l'OAI a contacté par téléphone l'ancien employeur du recourant, [...], qui a déclaré qu'il gagnait 4'300 fr. par mois en 1996, que ce salaire n'aurait certainement pas varié si l'assuré avait poursuivi son activité et qu'il n'y avait pas de treizième salaire dans cette entreprise.

A la suite de l'envoi d'un projet de décision le 8 juin 2000 à l'assuré, l'OAI a à nouveau soumis le cas de l'intéressé à son service médical, qui a confirmé son appréciation (rapport du 9 octobre 2000).

Par décision du 7 novembre 2000, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Il a retenu que la capacité de travail de ce dernier était entière dans une activité adaptée (alternance de positions, sans port de charge). Sur cette base il a procédé à une comparaison des revenus entre le salaire réalisé avant atteinte à la santé comme nettoyeur de 51'600 fr. et le salaire réalisable dans une activité adaptée, arrêté à 46'247 francs. Il en résultait un préjudice économique de 10,37%, taux inférieur à 40% qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

**B.** H.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 5 décembre 2000 auprès du Tribunal des assurances. Lors de l'audience du 2 octobre 2001 et compte tenu des propositions qui y avaient été formulées, l'assuré a déclaré retirer son recours. L'OAI a alors repris l'instruction du cas. Un examen clinique bidisciplinaire a été mis en œuvre le 23 avril 2002 auprès du Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans leur rapport du 24 avril 2002, les Drs X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et E.\_\_\_\_\_, psychiatre, ont notamment retenu ce qui suit:

**«DIAGNOSTIC**

- Troubles statiques discrets et dégénératifs rachidiens lombaires avec discopathie L4-L5 et L5-S1 et protusion discale médiane-paramédiane droite L4-L5 connue dans un contexte anamnestique et clinique compatible avec une possible micro-instabilité lombaire
- Hypertension artérielle essentielle traitée et stabilisée

- Important excès pondéral
- Troubles anxieux mixtes avec des angoisses de type hypocondriaque et des somatisations, forme mineure. (F 41.3)
- Personnalité immature et dépendante avec des traits abandonniques (F.60.8).

### **APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

Dès 1985, l'assuré a donc présenté, suite à un effort de levage, une lombalgie aiguë à rechute sur des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, l'histoire de la survenance de ces blocages lombaires douloureux pouvant évoquer une micro-sensibilité lombaire. Pour cette raison, des activités lourdes supposant des stations statiques prolongées debout ou assis, le port et le levage de charges, ne sont pas adaptées. Cependant, dans une activité légère, avec alternance des positions, épargne du rachis pour les mouvements de flexion antérieure du tronc et de rotation, pour les levages et portages de poids, sont envisageables avec une exigibilité médicale complète. Cependant cette pathologie rachidienne est modulée par des éléments psychologiques qui sont mis en évidence par un examen psychiatrique.

L'assuré est un homme immature, fruste, qui utilise des défenses hypomaniaques, le déni, la banalisation, la fuite en avant et la régression pour lutter contre l'effondrement dépressif. Depuis son accident, il présente des douleurs lombaires vécues comme un handicap majeur en se positionnant dans un rôle de victime, de plus en plus dépendante de sa famille. L'assuré se culpabilise à cause de la situation financière de sa famille, qu'il n'est plus capable d'aider et il développe des troubles anxieux mixtes avec des angoisses de type hypocondriaque et des somatisations, forme mineure. Avec un moi faible, avec peu de moyens d'introspection, peu perméable à une psychothérapie, l'assuré se chronifie dans son état de handicapé. Incapable d'accepter ni d'assumer sa maladie avec une demande magique et infantile de guérir, l'assuré est déçu et projectif en dénigrant la prise en charge médicale et l'échec de la thérapie. Sur la base de notre observation clinique et du dossier médical, l'assuré souffre d'un état anxieux de type hypocondriaque avec des somatisations greffées sur une personnalité dépendante, immature et abandonnique qui explique ses difficultés de se remettre en question et d'assumer sa situation actuelle. Sur la base de notre observation clinique et du dossier médical l'assuré ne présente pas des troubles psychiatriques significatifs pour justifier une diminution importante de la capacité de travail exigible, que l'on peut actuellement estimer à 80% dans une activité adaptée. Nous pensons également que pour cet assuré, des mesures de réadaptation professionnelle sont indiquées.

### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

80% dans une activité adaptée.»

Dans un projet de décision du 23 mai 2002, l'OAI a à nouveau rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris qu'une capacité de travail de 80%, sur la base du rapport du SMR du 24 avril 2002, était raisonnablement exigible en tant que polisseur d'instruments de précision, tout comme dans une activité légère adaptée. Son préjudice économique

étant de 20%, ce taux, inférieur à 40%, n'ouvrait pas droit à des prestations de l'AI sous forme de rente. Le 11 mars 2003, l'assuré, par son conseil, a fait savoir à l'OAI qu'il s'était inscrit auprès d'Intégration pour tous (ci-après également: IPT).

Poursuivant l'instruction du dossier de l'assuré, l'OAI lui a proposé des mesures d'ordre professionnel, considérant un préjudice économique de 26,6 pour-cent. Selon le rapport intermédiaire établi le 15 août 2003 par la division administrative de l'OAI, l'assuré a été informé qu'au vu de son état de santé qui lui permettait l'exercice de diverses activités adaptées, avec un taux de 80%, il n'aurait aucun droit à des prestations de l'AI, mis à part d'éventuelles indemnités journalières pendant une certaine période en cas de mise sur pied de mesures d'ordre professionnel; il semblait avoir bien compris la situation et se déclarait désireux de trouver, avec l'aide de l'OAI et celle d'IPT, un employeur susceptible de lui offrir une place de travail adaptée lui permettant d'obtenir à nouveau un salaire régulier. Le 22 décembre 2003, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'évaluation, soit un stage de chauffeur-livreur effectué à un taux de 50% auprès d'un [...] du 5 janvier au 31 mars 2004. L'assuré a été en incapacité de travailler du 19 janvier au 2 février 2004 selon certificats médicaux du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin interniste. Dans son rapport intermédiaire du 2 avril 2004, la division administrative de l'OAI a constaté que le risque élevé d'absentéisme de l'assuré, qui s'était trouvé à quelques reprises en incapacité médicale de travail en raison de blocages dorsaux, avait contraint la directrice du [...] à renoncer à l'engager, précisant que l'attitude de l'intéressé, qui avait présenté d'excellentes dispositions et avait été ponctuel et disponible, n'était pas en cause. Le 8 avril 2004, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'octroi de mesures d'ordre professionnel étaient remplies et a décidé de prendre en charge les frais d'orientation auprès du Centre Oriph à [...], rendant le même jour une décision d'indemnité journalière durant le délai d'attente depuis le 1er avril 2004.

Sur requête de l'OAI, le Dr I. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré présentait depuis 1996 une incapacité de travail de 100% dans l'activité exercée jusqu'à ce jour. L'état de santé était stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées selon lui (rapport du 8 mai 2004 à l'OAI). Dans l'annexe au rapport médical du même jour, le Dr I. \_\_\_\_\_ a observé que l'assuré ne pouvait plus exercer son travail mais qu'un travail peu lourd, sans effort physique, sans mouvement brusque, éventuellement à 50%, était envisageable. Il relevait encore que l'absentéisme restait toujours possible. Le 15 juin 2004, le Dr L. \_\_\_\_\_, radiologue, a constaté que l'assuré présentait une «discopathie avec protusion discale modéré médio-latérale droite en L4-L5, également que modérée plus médiane en L5-S1».

Dans son rapport du 29 juin 2004, le Dr N. \_\_\_\_\_, généraliste, a indiqué que son patient était sans activité lucrative depuis 1996. Pour ce praticien, l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible; la capacité de travail ne pouvait être améliorée et l'on ne pouvait exiger que l'assuré exerce une autre activité (annexe au rapport médical du 29 juin 2004). Selon certificat médical du 10 décembre 2004 du Dr N. \_\_\_\_\_, l'assuré a présenté une incapacité de travail du 13 décembre 2004 au 1er janvier 2005. Un rapport de stage a été établi le 21 décembre 2004 par l'Oriph. La conclusion du directeur du Centre était la suivante:

«De façon générale, M. H. \_\_\_\_\_ a effectué tous les travaux avec la crainte de mal faire ce qui le met en permanence dans une situation de stress. A contrario, sa problématique physique ne ressort que très peu voire pas du tout, excepté lors du stage chez [...]. Suite à ce dernier, votre assuré a été mis en arrêt médical jusqu'au 1er janvier 2005 en raison d'une fatigue et d'une nervosité excessive.

Ceci étant, nous n'avons donc pas pu concrétiser de projet professionnel précis et selon nos observations, nous estimons sa capacité de travail résiduelle à 50% sur un temps de journée complet, que ce soit pour des travaux de polissage, d'usinage simple sur machines réglées (opérateur de machines) etc. Il est évident que ce type d'activité est peu représenté dans le milieu économique dit «normal» où l'octroi d'un poste de travail est grandement lié à des critères de polyvalence, ce dont votre assuré ne dispose malheureusement pas.

Nous mettons un terme au stage de votre assuré dans notre Centre à l'échéance de la décision, soit au **26 décembre 2004.**»

L'entreprise [...] auprès de laquelle l'assuré a effectué un stage a jugé que le rendement de ce dernier était de 60 pour-cent.

Selon un entretien téléphonique du 19 décembre 2005 entre l'OAI et le conseiller ORP de l'assuré, ce dernier a été placé en stage à [...]. Les conclusions du stage étaient que l'assuré était inapte au placement, sans que son comportement ne soit mis en cause.

Dans un projet de décision du 17 octobre 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu qu'il pouvait raisonnablement être exigé de lui qu'il exerce une activité légère de substitution à 80 pour-cent. En comparant le revenu sans invalidité (arrêté à 51'600 fr.) au revenu d'invalidité (fixé à 39'056 fr. 73 en application des chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires et en tenant compte d'un abattement de 10%), la perte de gain s'élevait à 12'547 francs 27. Il en résultait un degré d'invalidité de 24,30%, lequel, inférieur à 40%, n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité.

L'assuré, par son conseil, a déclaré le 16 novembre 2006 faire opposition à ce projet de décision.

Le 20 février 2007, l'OAI, dès lors que le recourant, par son conseil, n'avait pas réagi dans le délai d'un mois qui lui avait été imparti le 20 novembre 2006 pour lui faire part de ses objections, a rendu une décision conforme à son projet de décision du 17 octobre 2006.

**C.** Le 26 mars 2007, l'assuré, par son conseil, a formé recours contre la décision de refus précitée auprès du Tribunal des assurances. Il conclut à son annulation, à être mis au bénéfice d'une rente consécutive à une incapacité de travail de 50% minimum, subsidiairement à l'annulation de la décision du 20 février 2007, étant mis au bénéfice de mesures de réadaptation ou de reclassement professionnel. Il sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une évaluation interdisciplinaire de la capacité de travail résiduelle. Il demande également que l'OAI organise une

poursuite de son stage d'évaluation et d'insertion professionnelle auprès de [...], Puissance L, et entreprenne toute démarche consécutive utile pour permettre sa réinsertion professionnelle. Il fait valoir en substance qu'il a été reconnu comme apte au placement à 100% par l'assurance-chômage et que l'office régional de placement (ci-après: ORP) a organisé un stage à plein temps dans le cadre de Puissance L, stage qui n'a duré que quelque deux mois, vu qu'il arrivait au terme de ses prestations d'assurance-chômage. Il examine ensuite les résultats des évaluations médicales et expériences professionnelles effectuées depuis 2002, se plaignant d'une augmentation de ses douleurs dorsales dans le courant de la journée et mettant en doute qu'il puisse exister des activités professionnelles adaptées à son état. Il conteste enfin les montants retenus avec et sans invalidité, jugeant le premier trop élevé et le second trop bas.

Dans sa réponse du 3 octobre 2007, l'OAI a renoncé à se déterminer.

Le 22 octobre 2007, l'assuré a produit, par son conseil, le rapport d'évaluation intermédiaire du 5 octobre 2007 établi par Puissance L.

Le 20 novembre 2007, l'OAI a une nouvelle fois renoncé à se déterminer dans cette affaire.

Dans ses observations complémentaires du 22 novembre 2007, le recourant, par son conseil, a rappelé que la décision attaquée reposait sur une évaluation médicale qui sous-estimait les conséquences de ses troubles psychiques sur sa capacité de travail et sur des évaluations professionnelles évaluant toutes à 50% au maximum sa capacité de travail; il rappelait ainsi sa réquisition tendant à ce que soit ordonnée une évaluation médicale interdisciplinaire de son aptitude de travail. Le 17 juillet 2008, le recourant, par son conseil, a produit le rapport d'évaluation finale établi le 9 juillet 2008 par Puissance L et a demandé que soit, une invalidité totale lui soit reconnue, soit qu'une expertise médicale interdisciplinaire soit mise en œuvre.

Dans des déterminations du 21 août 2008, l'OAI a indiqué que compte tenu des constatations et analyses de son Service médical régional, et en l'absence d'éléments médicaux nouveaux qui attesteraient d'une modification de l'état de santé de l'assuré, il ne pouvait déduire des constatations faites à l'occasion de l'emploi temporaire subventionné que l'atteinte à la santé entraînerait une invalidité ouvrant le droit à une demi-rente. Il proposait le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans ses observations du 5 septembre 2008, le recourant a sollicité l'audition de F.\_\_\_\_\_, de [...], et de W.\_\_\_\_\_, de Puissance L, en qualité de témoins. Il s'est en outre réservé de demander l'audition de son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_.

Reprenant l'instruction de la cause, la juge instructrice a informé les parties par courrier du 19 février 2009 qu'elle envisageait de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire neutre, rhumatologique et psychiatrique, observant que la capacité de travail exigible évaluée le 24 avril 2002 par le SMR à 80% dans une activité adaptée ne s'était pas concrétisée à ce jour malgré les efforts déployés conjointement par l'OAI et les organismes chargés de la réinsertion professionnelle du recourant, et ce sans que l'assiduité de ce dernier ne puisse à première vue être remise en cause. Les parties ont été invitées à faire des propositions d'experts et à se déterminer sur le projet de questionnaire qui leur serait soumis.

Le 19 mai 2009, la juge instructrice a nommé le Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et la Dresse M.\_\_\_\_\_, psychiatre, en vue d'effectuer une expertise rhumatologique et psychiatrique du recourant. Le questionnaire auquel les experts devaient répondre était joint à l'envoi. Le Dr C.\_\_\_\_\_ n'ayant pu accepter la mission par manque de temps, la juge instructrice a désigné le 15 juin 2009 le Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue, en lieu et place du Dr C.\_\_\_\_\_ et lui a transmis le questionnaire auquel il devrait répondre.

Le Dr V. \_\_\_\_\_ a adressé son rapport d'expertise le 31 août 2009 à la juge instructrice de céans. Après avoir résumé le dossier, posé les antécédents et plaintes actuelles de l'assuré, décrit son anamnèse et l'examen mené, il a répondu en ces termes aux questions qui lui étaient posées:

**«1. Anamnèse**

Cf. ci-dessus.

**2. Constatations objectives**

Cf. ci-dessus

**3. Indications données par le recourant**

Cf. ci-dessus

**4. Quels sont les troubles présentés par le recourant?**

**Avec répercussion sur la capacité de travail**

Lombalgies chroniques avec blocages intermittents.

Troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis lombaire.

Sans répercussion sur la capacité de travail

Hypertension artérielle traitée.

Malaises récidivants d'origine indéterminée.

Obésité.

**5. Quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant?**

Compte tenu de la problématique lombaire chronique chez cet assuré de bonne volonté et collaborant, une limitation des efforts contraignants pour le rachis sont justifiés: limitation de ports de charges à 10kg occasionnellement, éviter les travaux en flexion-rotation du tronc, possibilité d'alterner les positions.

**6. Sont-elles de nature à empêcher l'activité professionnelle de nettoyeur du recourant totalement ou partiellement?**

L'activité de nettoyeur nécessitant souvent des efforts contraignants pour le rachis est contre-indiquée à 100%. Cette appréciation avait déjà été émise en 1992, notamment par la Dresse J. \_\_\_\_\_.

**7. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent et pour quels motifs et depuis quand?**

Cf.- point 6.

**8. Quels sont les types d'activités adaptées à l'état physique?**

Toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites sous point 5.

**9. En cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?**

Compte tenu de l'évolution observée depuis 1991 chez cet assuré de bonne foi et collaborant, une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée au problème du rachis est justifiée. L'importance de cette limitation est difficile à chiffrer, mais en reprenant les diverses évaluations effectuées au cours de ces dernières années, un taux de 25% paraît justifié.

**10. a) Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?**

Sur le plan somatique, toute activité respectant les limitations mentionnées sous point 5. est possible à un taux atteignant progressivement 75%, comme détaillé au point 12.

[...]

**11. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?**

**Quelles sont ces mesures?**

Sur le plan somatique, des mesures thérapeutiques devraient être théoriquement entreprises, notamment un programme de rééducation visant à améliorer l'endurance générale et de la musculature du tronc en particulier. De telles mesures ont cependant déjà été proposées et jugées inefficaces par l'assuré depuis plusieurs années et il ne faut donc pas en attendre une amélioration de la capacité de travail.

**12. Du point de vue médical, peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail?**

**Quelles sont ces mesures?** Au vu de la bonne volonté et de la bonne collaboration de l'assuré, celui-ci devrait bénéficier d'une aide au placement et de la possibilité d'une reprise de travail progressive. Ceci tiendrait compte du problème de déconditionnement, lui permettant de retrouver confiance dans les capacités qui ont été soulignées par plusieurs intervenants, et diminuer ainsi le stress lié à la peur de l'échec. L'activité adaptée devrait également tenir compte des limitations de certaines capacités (connaissances de base, facultés d'apprentissage, précision...) détaillées dans les rapports des stages professionnel déjà effectués afin de limiter les risques d'échec.

**Pratiquement on peut proposer une reprise d'une activité adaptée à 50% (4h/jour) avec 50% de rendement (soit 25% au total) pendant 3 mois puis à 50% avec rendement normal pendant 3 mois puis une reprise à 75%.**

**13. Quel est votre pronostic?**

**L'état de l'assuré est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?**

Sur le plan somatique, le pronostic est bon en l'absence de critères de gravité, notamment sur le plan rachidien et neurologique. L'état semble stabilisé mais n'exclut pas la récurrence d'épisodes aigus, pouvant entraîner une incapacité temporaire de quelques jours. Le pronostic concernant la reprise du travail est cependant marqué par des éléments non somatiques, du ressort de l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_, et non médicaux à proprement parler, en particulier la longue durée d'incapacité de travail et l'opinion de l'assuré quant à la gravité de son état.»

La Dresse M.\_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise psychiatrique le 5 octobre 2009, en se fondant notamment sur des entretiens avec l'assuré et un entretien téléphonique du 14 septembre 2009 avec le Dr V.\_\_\_\_\_. L'experte a notamment constaté ce qui suit:

**«B. Influence sur la capacité de travail**

Nous estimons que les limitations fonctionnelle de l'expertisé sont liées:

- A l'état dépressif d'intensité sévère;
- Au trouble chronique d'anxiété généralisé;
- A la décompensation du trouble mixte de personnalité immature et dépendant.

Sur la base de notre observation psychiatrique et de l'ensemble des diagnostics psychiatriques retenus, nous concluons que l'assuré présente une diminution de la capacité de travail exigible, estimable à 50%.

Nous pensons que l'expertisé est apte à exercer une activité lucrative à 50% selon un horaire flexible, activité qui devrait être adaptée à la problématique lombaire chronique selon les suggestions décrites par le Dr. V. \_\_\_\_\_ dans son expertise. D'autre part, du point de vue psychiatrique nous estimons que Monsieur H. \_\_\_\_\_ a démontré posséder des compétences en tant que commerçant indépendant et dans des activités temporaires. Il a lutté jusqu'à présent pour sa survie et celle de sa famille et nous estimons qu'il convient de lui faire confiance dans ses capacités intuitives pour survivre professionnellement.

### **C. Influence sur la réadaptation professionnelle et l'aide au placement**

Les mesures d'évaluation de reclassement professionnel & d'aide au placement ont déjà été effectuées sur la période 2002-2005 par l'Office A.I. et porté à notre connaissance l'avis des experts. Nous estimons que les affections psychiatriques, en particulier la capacité d'attention & de concentration ainsi que le taux d'anxiété élevé devant des performances, sont en mesure de faire obstacle à toute réinsertion de l'assuré dans un circuit de travail normal. En ce sens, notre avis diffère de celui du Dr. V. \_\_\_\_\_.

### **D. Conclusion**

Du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail peut être estimée à 50%. Monsieur H. \_\_\_\_\_ nous semble apte à accomplir des travaux simples, notamment pour des activités de commerçant indépendant et de travaux temporaires sans qualification, ceci à un taux de 50% et dans le cadre d'un horaire souple.

Des mesures d'accompagnement nous paraissent indispensables concernant la prise en charge de ses frais médicaux pour lui permettre une stabilité dans le contrôle de toutes ses affections qui nécessitent une prise de médication régulière et des évaluations auprès du Dr. N. \_\_\_\_\_, son médecin généraliste.

[...]

10. Quels sont les troubles psychiques présentés par le recourant?

- **Episode dépressif d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques;**
- **Trouble anxieux généralisé chronique;**
- **Trouble mixte de la personnalité immature et dépendante décompensé.**

13. Sont-ils (les troubles) de nature à empêcher l'activité professionnelle du recourant totalement ou partiellement? - en cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

**L'assuré présente une diminution de la capacité de travail exigible, estimable à 50%, pour des motifs psychiatriques, ceci probablement depuis la fin de tous les stages organisés, soit entre fin 2007 et début 2008.**

14. Quels sont les types d'activités adaptés à l'état psychique? - en cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour-cent, pour quels motifs et depuis quand?

15. a) Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?

b) L'ensemble des troubles présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité de travail totale ou partielle de travail? - en cas d'incapacité partielle, selon quel taux en pour-cent, pour quels motifs et depuis quand?

**Nous pensons que l'expertisé est apte à exercer une activité lucrative à 50% selon un horaire flexible. Cette activité devrait être adaptée à la problématique lombaire chronique selon les suggestions décrites par le Dr. V. \_\_\_\_\_ dans son expertise.**

**D'autre part, du point de vue psychiatrique, nous estimons que Mr. H. \_\_\_\_\_ possède des compétences certaines en tant que commerçant indépendant et dans des activités temporaires. L'assuré a lutté jusqu'à présent pour sa survie comme pour celle de sa famille et il convient de lui faire confiance dans ses capacités intuitives pour survivre professionnellement.**

16. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?

dans l'affirmative: - quelles sont ces mesures? - quelle genre d'activité et à quel taux?

dans la négative, pour quelle raison?

**Nous estimons qu'aucune mesure médicale ne permettra à l'assuré de recouvrer une capacité de travail supérieure à 50%.**

17. Du point de vue médical, peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail? dans la négative, pour quelle raison?

**Non. Ces mesures ont été déjà largement appliquées entre 2001 et 2005 avec des rapports de stage éclairant les faiblesses de l'expertisé et l'impossibilité pratique de réduire son incapacité de travail et d'augmenter ses compétences.**

18. Quel est votre pronostic? l'état de l'assuré est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque de se péjorer?

**Le pronostic nous paraît très réservé au vu de la conjonction des différents éléments, à savoir: la décompensation du trouble de la personnalité, les nouveaux éléments de stress psychosociaux touchant la vie affective de l'expertisé comme la sévérité de sa dépression actuelle.**

**Nous ne pensons pas que l'état psychique de l'assuré soit susceptible d'amélioration au vu de l'évolution de son contexte psychosocial. En revanche, un réel risque de péjoration existe.**

19. Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

**Les diagnostics psychiatriques ayant une répercussion sur la capacité de travail sont apparus de manière progressive et se sont majorés mutuellement. Nous pensons que c'est en fin 2007 début 2008 qu'ils sont présents de manière complète.**

**Précisons également que Mr. H.\_\_\_\_\_ devrait pouvoir bénéficier d'un traitement antidépresseur. En considération de ses pathologies somatiques de diabète et d'hypertension artérielle, une médication, par exemple à base de Sertraline ou de Citalopram et qui commencerait pas une faible posologie, pourrait être instaurée par son médecin traitant, le Dr. N.\_\_\_\_\_.»**

Le 6 novembre 2009, l'OAI s'est déterminé sur les expertises des Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ et a produit des avis médicaux du SMR des 27 octobre et 4 novembre 2009 auxquels il se ralliait. S'agissant de la problématique somatique, l'OAI a relevé que les conclusions de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ ne s'éloignaient pas franchement de celles du SMR de 2002, le déconditionnement, tout comme la longue période d'inactivité, n'étant en soi pas une atteinte invalidante et rappelant en outre qu'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée avait déjà été reconnue par le SMR en 2002. Quant à l'expertise de la Dresse M.\_\_\_\_\_, l'OAI a noté qu'elle lui paraissait également probante, observant qu'un doute subsistait dès lors qu'à lecture du rapport, on comprenait que l'état de santé psychique du recourant s'était aggravé au point de limiter la capacité de travail à 50% dès fin 2007 - début 2008. L'OAI était d'avis que l'expert ne se positionnait pas clairement sur la capacité de travail du point de vue psychiatrique s'agissant de la période antérieure à fin 2007 et a requis que la Dresse M.\_\_\_\_\_ soit interrogée sur ce point.

Le 16 novembre 2009, le recourant, par son conseil, a relevé que les expertises semblaient bien documentées et argumentées. Il fallait néanmoins déterminer si le pourcentage d'aptitude au travail de 50% selon la Dresse V.\_\_\_\_\_ concernait l'emploi du temps ou la rentabilité. Le recourant souhaitait également que la Dresse M.\_\_\_\_\_ soit interrogée sur les avantages pour lui d'exercer des activités temporaires. Le recourant demandait en outre que le Dr V.\_\_\_\_\_ explique comment il tenait compte de ses crises de sciatalgies l'obligeant à manquer le travail plusieurs jours par mois. Il demandait enfin que le Dr V.\_\_\_\_\_ explique comment il pouvait escompter que l'aide au placement de l'OAI parvienne à un meilleur résultat que les évaluations menées au Centre Oriph, aux [...] et à Puissance L.

Le 19 novembre 2009, la juge instructrice a transmis aux experts les déterminations des parties et les a priés de compléter leurs deux expertises en répondant aux questions posées.

Le 7 décembre 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit:

«Comme mentionné dans mon rapport du 31 août 2009, la problématique physique ne comporte pas de critères de gravité particuliers. Comme vous le savez, les douleurs lombaires ont souvent une origine plurifactorielle et peuvent être notablement influencées par une comorbidité psychiatrique comme cela semble être le cas pour l'assuré ainsi que l'ont relevé à plusieurs reprises différents observateurs, notamment lors des stages (cf. page 6 et page 7 de mon expertise). Par ailleurs, les crises de lombalgies ont pu être favorisées par des activités contraignantes pour le dos, notamment les ports de charge dans l'activité de chauffeur-livreur.

Mon appréciation de la capacité de travail tient compte de ces éléments. Il s'agit cependant évidemment d'une appréciation médico-théorique. En effet, le pronostic en terme de reprise du travail est assombri par la comorbidité psychiatrique et des facteurs non médicaux à proprement parler, notamment la longue durée d'incapacité et la problématique familiale.»

La Dresse M. \_\_\_\_\_ a adressé son complément au rapport d'expertise le 17 décembre 2009 à la juge instructrice. Elle y a indiqué ce qui suit:

«Dans les conclusions de notre rapport d'expertise daté du 5 octobre 2009, l'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques est estimée à 50%. Pour ce qui est de la capacité de travail résiduelle, à savoir les 50% restants, elle s'applique à l'emploi du temps de travail. En effet, au vu de la pathologie psychiatrique actuelle, nous considérons que l'expertisé n'est pas apte à travailler au-delà d'une demi journée de travail et ceci quelque soit le type de travail à effectuer ou le rendement. Concernant le rendement de l'assuré, soulignons que l'ensemble des purs facteurs psychiatriques n'est pas le seul élément invalidant. D'autre part, dans le cadre que constitue l'évaluation d'expert, nous ne pouvons qu'apprécier la congruence entre des affections psychiatriques et le degré d'incapacité de travail.

Pour ce qui relève des types d'activités que l'expertisé est apte à exercer, ils apparaissent bien évidemment limités. Nous nous référons en cela aux rapports des différents stages d'évaluation professionnelle ou de l'aide au placement qui ont été organisés en 2004, 2005, 2006 et 2007. Les limitations professionnelles évoquées sont également liées au type de permis de séjour qui a freiné les possibilités d'intégration de l'assuré, ainsi que le fait justement remarquer Maître M. GISEL avocate de l'expertisé. Ajoutons également que la faiblesse de ses compétences professionnelles

telle qu'évaluée dans le rapport de stage d'observation professionnelle, concoure dans un même sens à une restriction du champ des activités professionnelles possibles. Ces facteurs majorent les affections psychiatriques mais en sont néanmoins distincts.

Notre appréciation de l'incapacité de travail peut être qualifiée d'appréciation «médico-théorique» qui prend en compte les diagnostics psychiatriques retenus ainsi que l'échelonnement de la péjoration sous la pression des facteurs environnementaux (sociaux & familiaux). Si émettre des précisions quant aux types d'activités professionnelles que l'expertisé serait susceptible d'exercer ne relève pas de notre compétence, nous pouvons en revanche affirmer qu'actuellement les diagnostics psychiatriques retenus ne permettent pas de conclure à une gravité telle qu'elle entraînerait un taux d'invalidité supérieur à 50%. Dans tous les cas, le pronostic en terme de reprise de travail ne nous paraît pas très positif au vu des douleurs lombaires intermittentes, et des problématiques sociale & familiale. La conjonction de ces facteurs, avec leur chronicité, ont influencé les failles psychologiques de l'assuré et entraîné une pathologie psychiatrique invalidante qui est apparue au fil du temps.

La question du SMR concernant l'exigibilité sur le plan psychiatrique de l'incapacité de travail entre 1996 et 2007, nous paraît pertinente mais aussi impossible à adresser avec une réelle précision. De la lecture du volumineux dossier de l'expertisé ressort qu'il est difficile médicalement parlant de trouver une concordance entre les diagnostics psychiatriques chroniques et une incapacité de travail donnant droit à une rente d'invalidité. Il semble que la problématique dépressive et le trouble de la personnalité se sont décompensés au fur et à mesure des différents stages professionnels et des problèmes familiaux entraînant des séparations. Le trouble d'anxiété généralisé est évoqué par plusieurs collègues médecins mais n'a pas pu être retenu comme affection incapacitante. Toutefois, par extrapolation, il reste possible d'affirmer rétrospectivement qu'avant fin 2007 l'incapacité de travail pour des motifs purement psychiatriques était en tout cas inférieure à 50%.

C'est d'ailleurs en remontant le temps à partir des éléments de notre observation clinique, des discussions avec l'expertisé et de la lecture du dossier que nous avons été approximativement en mesure de situer la période à laquelle les affections psychiatriques se sont manifestées de manière irréversible sous la pression des éléments sociaux, somatiques, familiaux et des failles psychologiques pré-existantes, à savoir fin 2007, époque où toutes les mesures d'aide au placement se sont soldées par un échec.»

Le 26 janvier 2010, le recourant, par son conseil, s'est déterminé sur les expertises complémentaires des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Il a indiqué persister dans les conclusions tendant à l'annulation de la décision de l'OAI de février 2007 et à l'octroi d'une rente correspondant à une incapacité de travail de 50% au minimum depuis le dépôt de la demande AI et de 75% depuis la fin de l'année 2007. Il faisait valoir que tous les experts ayant examiné sa situation sous l'angle de ses

problèmes rhumatismaux avaient sous-estimé l'impact aigu de ces troubles, relevant que l'incapacité des crises venait s'ajouter à celle résultant des douleurs chroniques et conduisait à le considérer invalide à 50% au moins depuis le dépôt de la demande de prestations. La combinaison des résultats des rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ conduisait à une invalidité de 75%, donc à une invalidité totale.

Le même jour, l'OAI a indiqué que s'agissant de l'aspect somatique, les considérations de l'expert n'appelaient pas de commentaire particulier, ses conclusions étant très proches de celles retenues en 2002 à la suite de l'examen clinique réalisé au SMR. Il rappelait que le déconditionnement, tout comme la longue période d'inactivité, n'étaient pas en soi une atteinte à la santé invalidante. Concernant l'aspect psychiatrique, l'experte confirmait qu'à la suite d'une aggravation survenue à la fin de l'année 2007, la capacité de travail était de 50%, sans chiffrer la capacité de travail pour la période antérieure, mais qui était en tous les cas supérieure à 50 pour-cent. L'OAI maintenait ainsi ses conclusions, à savoir qu'au moment où la décision litigieuse avait été rendue, en février 2007, le recourant ne présentait pas un taux d'invalidité suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Même en prenant en considération une capacité de travail de 75%, comme le retient le Dr V.\_\_\_\_\_, avec un abattement de 20% sur le revenu d'invalide, la situation serait identique, avec un taux d'invalidité inférieur à 40 pour-cent.

Le 4 février 2010, le recourant, par son conseil, a contesté le calcul de l'OAI, considérant que le revenu sans invalidité se montait à 60'960 fr. et le revenu avec invalidité à 32'547 fr. 30, ce qui conduirait, après comparaison des revenus, à un taux d'invalidité de 46,6% donnant droit à un quart de rente. Le recourant persistait à considérer que son taux d'incapacité de travail était supérieur à celui de 25% retenu par l'expert, ce en raison des crises de sciatalgies constituant un handicap supplémentaire, si bien qu'il aurait droit à une demi-rente depuis le dépôt de sa demande de prestations et à une rente entière depuis la fin 2007 compte tenu de l'aggravation des problèmes psychiques. A titre

subsidaire, il demandait que soit retenue une invalidité de 46,6% dès le dépôt de la demande, donnant droit à un quart de rente, et de 75% dès la fin de 2007.

Le 23 février 2010, l'OAI a indiqué que les arguments du recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision, rappelant en substance que le taux d'incapacité de travail global ne résultait pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail, mais procédait d'une évaluation globale. Or au moment déterminant, soit en février 2007, l'incapacité de travail dans une activité adaptée du point de vue somatique était de 25%; s'agissant des problèmes psychiatriques, l'incapacité de travail était inférieure à 50% avant fin 2007 selon la Dresse M.\_\_\_\_\_. Selon l'OAI, les différentes incapacités de travail sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique se recoupaient largement, de sorte qu'on ne saurait purement et simplement les additionner.

Le 4 février (recte: mars) 2010, le recourant, par son conseil, a indiqué qu'il maintenait l'ensemble des explications données dans sa lettre du 26 janvier 2010.

Le 8 avril 2010, l'OAI a relevé que le revenu sans invalidité de 51'600 fr. pour l'année 1996 résultait des déclarations du recourant, confirmées par l'employeur, observant qu'à lecture du compte individuel du recourant, ses cotisations AVS en 1994 et 1995 se montaient à 50'280 fr., respectivement à 50'814 francs. Il notait en outre qu'il n'avait fait que donner un exemple dans sa correspondance du 26 janvier 2010, expliquant que même avec une capacité de travail de 75% et un abattement sur le revenu d'invalidité de 20%, le taux d'invalidité serait inférieur à 40 pour-cent. Il ne s'agissait donc pas de modifier sa position en admettant un abattement de 20 pour-cent.

**E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1.2; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**3.** Le recourant conteste en substance le degré d'invalidité retenu par l'autorité intimée.

**a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI – teneur antérieure au 1er janvier 2004 [RO 1987 447] –, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 $\frac{2}{3}$ % au moins. Le droit à la rente naît lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% a persisté pendant une année au minimum sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 29 al. 1ter aLAI). A partir du 1er janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. L'assuré a droit à une rente s'il a notamment présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Conformément à l'art. 29 al. 3

LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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 (TF 9C\_210/2010 du 7 septembre 2010, consid. 2.3).

Par ailleurs, 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).

**4. a)** En l'espèce, la décision attaquée retient qu'il ressort des pièces médicales que la capacité de travail de l'assuré est de 80% dans une activité de polisseur d'instruments, ainsi que dans une activité adaptée à son état de santé, soit dans une activité qui ne comporte pas de port de charges lourdes, de positions statiques prolongées et flexions-torsions du tronc en porte-à-faux. Constatant que l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, après s'en être référé aux données statistiques

de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS) 1996 (tableau TA1; niveau de qualification 4), indexé pour 1997 après comparaison entre le revenu d'invalidé (sous déduction d'un abattement de 10%) et celui réalisable sans invalidité, l'OAI retient un taux d'invalidité de 24,30 pour-cent.

**b)** Concernant son appréciation médicale du cas, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique bidisciplinaire mis en œuvre le 23 avril 2002 auprès du SMR, selon lequel la capacité de travail exigible du recourant est de 80% dans une activité adaptée, ainsi que sur les rapports d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, observant que sur le plan somatique, les conclusions de l'expert étaient très proches de celles retenues en 2002 à la suite de l'examen clinique du SMR et qu'au plan psychiatrique, l'incapacité était inférieure à 50% avant fin 2007 selon la Dresse M.\_\_\_\_\_. Quant au recourant, il soutient que son incapacité de travail est au minimum de 50% depuis le dépôt de sa demande de prestations et de 75% depuis la fin de l'année 2007, se fondant notamment sur les rapports d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Il considère en outre que ses crises de sciatalgies constituent un handicap supplémentaire dont il n'a pas été tenu compte.

Conformément à la requête du recourant, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'autorité de céans. Les rapports d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ sont bien documentés et argumentés. Dans le cadre de l'examen de la situation du recourant, les experts ont pris connaissance de son dossier AI complet, lequel comprend les rapports des stages effectués par le recourant, mais également du dossier de son conseil et de celui constitué devant la présente instance. Les rapports d'expertise judiciaire et leurs compléments reposent sur des examens complets, prennent en compte les plaintes subjectives du recourant et décrivent clairement la situation médicale. Ils ne contiennent pas de contradictions et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettraient d'en mettre en cause les conclusions bien motivées et convaincantes. Ces rapports, qui satisfont aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêtent ainsi force probante.

Les Drs I.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, médecins traitants, considèrent que l'activité exercée jusqu'à ce jour n'est plus exigible (rapports des 8 mai et 29 juin 2004). En cela, leurs rapports, au demeurant peu étayés, ne s'écartent pas de l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, qui confirme que l'activité de nettoyeur est contre-indiquée à 100 pour-cent. Quant aux rapports de stage dont se prévaut le recourant, il faut observer qu'ils n'ont pas été complétés par des médecins en mesure d'évaluer l'incapacité de travail médicalement attestée d'un assuré. A cela s'ajoute que les experts en ont pris connaissance dans le cadre de leur examen de l'état de santé du recourant. Dans ces circonstances, l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ l'emporte sur celle des examinateurs chargés d'évaluer l'aptitude professionnelle du recourant, dès lors que les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. dans ce sens TF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2). Il convient ainsi, sur le plan somatique, et compte tenu des limitations fonctionnelles établies par le Dr V.\_\_\_\_\_ (limitation de ports de charges à 10kg occasionnellement, éviter les travaux en flexion-rotation du tronc, possibilité d'alterner les positions) de retenir une capacité de travail de 75 pour-cent. Dans ce cadre, il convient encore de relever qu'interpellé par le recourant sur la prise en compte des crises de sciatalgies, le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé dans son complément d'expertise du 7 décembre 2009 que son appréciation de la capacité de travail tenait compte de ces éléments. L'argument du recourant selon lequel ses crises de sciatalgies constituent un handicap supplémentaire dont il n'a pas été tenu compte doit donc être rejeté.

Quant à la Dresse M.\_\_\_\_\_, elle a mentionné dans son rapport d'expertise complémentaire du 17 décembre 2009 qu'avant fin 2007, l'incapacité de travail pour des motifs purement psychiatriques était «en tout cas inférieure à 50 pour-cent». Certes, le Dr B.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré n'était plus apte à aucune activité professionnelle (rapport du

17 août 1998), avis partagé par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 31 mars 2000). Ces rapports, mal étayés, ne comportent aucun élément objectif justifiant que l'on s'écarte de l'appréciation de la Dresse M.\_\_\_\_\_, qui a valeur probante. S'agissant de l'incapacité de travail entre 1996 et 2007, cette experte a par ailleurs relevé dans son rapport d'expertise complémentaire du 17 décembre 2009 qu'il ressortait de la lecture du volumineux dossier de l'assuré qu'il était difficile médicalement parlant de trouver une concordance entre les diagnostics psychiatriques chroniques et une incapacité donnant droit à une rente d'invalidité. Elle a encore observé que le trouble d'anxiété généralisé ne pouvait être retenu comme affection incapacitante. La Dresse M.\_\_\_\_\_ n'a pour le surplus pas contesté l'examen clinique bidisciplinaire mis en œuvre par le SMR le 23 avril 2002. Elle se réfère d'ailleurs aux constats faits par les médecins de ce service dans son rapport d'expertise du 5 octobre 2009, relevant plus particulièrement que l'examen psychiatrique de l'assuré mettait actuellement en évidence un épuisement des ressources psychologiques et une décompensation du trouble de la personnalité, trouble déjà décelé par le SMR dans son examen clinique d'avril 2002. Ces médecins avaient alors déduit de leur observation clinique de l'assuré et de son dossier médical qu'il présentait une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée. Dès lors qu'en premier lieu, l'experte a jugé qu'il était difficile médicalement parlant de trouver une concordance entre les diagnostics psychiatriques chroniques du recourant et une incapacité donnant droit à une rente d'invalidité pour la période de 1996 à 2007, qu'elle a en outre expliqué que c'était en remontant le temps à partir des éléments de son observation clinique, des discussions avec l'expertisé et de la lecture du dossier qu'elle avait été approximativement en mesure de situer la période à laquelle les affections psychiatriques s'étaient manifestées de manière irréversible sous la pression des éléments sociaux, somatiques, familiaux et des failles psychologiques préexistantes, à savoir fin 2007, et qu'enfin, elle ne conteste pas l'examen clinique bidisciplinaire du SMR d'avril 2002 qui retenait une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée, il convient de retenir, en suivant pour le surplus l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, que le recourant ne

présentait pas une incapacité de travail supérieure à 25% jusqu'à la fin de l'année 2007.

La péjoration de l'état de santé du recourant est ainsi intervenue postérieurement à la décision attaquée (in casu: du 20 février 2007), de sorte qu'une éventuelle incapacité de travail en résultant ne peut être prise en considération dans le cadre du présent recours. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242, consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), étant rappelé que même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98, consid. 4 p. 102 et les arrêts cités) (cf. TF 9C\_537/2009 du 1er mars 2010, consid. 3.2).

La capacité médicale ayant été fixée, il convient de passer à l'examen du volet économique.

**5.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

**a)** 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 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

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 129 V 224, consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

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 se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 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 171/04 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, consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

Selon la jurisprudence, si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. 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 lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

**b)** En l'espèce, 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 1997. S'agissant du revenu de valide, lorsque la décision litigieuse a été rendue le 20 février 2007, le recourant n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis 1996. L'OAI s'est ainsi référé au dernier salaire que l'assuré avait obtenu, sans tenir compte de l'évolution des salaires entre 1996 et 1997, dès lors que l'ancien employeur du recourant lui avait fait savoir que ce salaire n'aurait certainement pas varié si l'assuré avait poursuivi son activité. Selon les déclarations fournies par l'assuré lui-même dans sa demande de

prestations, confirmées par son ancien employeur, son salaire mensuel s'élevait à 4'300 fr. et était servi douze fois, ce qui représente un revenu annuel 51'600 francs. Le recourant ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il soutient qu'il conviendrait de se référer à son certificat de prévoyance qui retient un salaire annuel assuré de 58'058 fr. en 1996. Le salaire sans invalidité de 51'600 fr. doit donc être confirmé.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est à juste titre fondé sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 1997 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir, en 1996, 4'294 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 1996, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 1996 (41,9 heures [La Vie économique 11-2005, p. 86, tableau B9.2]) - un revenu d'invalidé de 4'497 fr. 97 par mois ( $4'294 \times 41.9 : 40$  heures), soit 53'975 fr. 58 par année. Compte tenu de l'évolution moyenne des salaires de 1996 à 1997 (+0,5% [La Vie économique 11-2005, p. 87, tableau B.10.2]), le salaire est de 54'242 fr. 46. Quant à l'abattement, le recourant soutient qu'il devrait être supérieur à 10%, afin de tenir réellement compte de la difficulté d'insertion professionnelle au regard de l'ensemble des caractéristiques personnelles, arguant du fait qu'il faudrait exclure des activités simples et répétitives toutes celles exigeant des compétences en français écrit, dactylographie, informatique etc., donc exclure tous les domaines tels que secteur bancaire et assurances notamment. Or la réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son

appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150, consid. 2 p. 152 et les références) (TF 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010, consid. 4.2). En l'occurrence, il n'y a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% retenu par l'intimé, qui a tenu compte des critères du taux d'occupation et des limitations fonctionnelles que présente le recourant, de sorte qu'une déduction de 10% apparaît justifiée.

Ainsi, sous déduction d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé s'élève à 48'817 fr. 91 par année. Compte tenu d'une capacité de travail de 75%, le revenu d'invalidé déterminant en l'espèce est de 36'613 fr. 43.

Après comparaison du revenu d'invalidé (36'613 fr.) avec celui sans invalidité (51'600 fr.), il résulte une perte de gain de 14'987 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 29.04% ( $14'987 \text{ fr.} / 51'600 \text{ fr.} \times 100$ ). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40% ouvrant droit à un quart de rente, c'est donc avec raison que dans sa décision du 20 février 2007, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

**6.** Il reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures de reclassement professionnel ou de réadaptation, auxquelles il prétend à titre subsidiaire dans son mémoire de recours.

Dans la motivation de la décision litigieuse, l'OAI a en substance exposé que le recourant avait bénéficié de mesures professionnelles sous forme d'un stage de chauffeur-livreur pour la buanderie d'un [...] puis d'un stage d'orientation auprès du Centre Oriph, sans formellement statuer sur le droit du recourant à de telles mesures.

Selon la jurisprudence, le droit au reclassement professionnel suppose, entre autres conditions, que la perte de gain durable due à l'invalidité atteigne 20% environ (ATF 124 V 108; ATF 130 V 488). Le droit

à une mesure de réadaptation déterminée présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement, en ce qui concerne la mesure, que subjectivement, en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement à tout le moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin, en application de l'art. 21 al. 4 LPGA. Selon cette disposition, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (TF I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.1 et 4.1 et les références; cf. également TF 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2).

En l'espèce, le seuil minimum de 20% de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est atteint. Or il ressort des pièces figurant au dossier que non seulement l'office intimé a omis de procéder à la mise en demeure formelle du recourant requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral, mais a en outre omis de statuer sur le droit du recourant à une telle mesure, alors qu'il est entré en matière sur cette question dans la décision attaquée, qui mentionne que le recourant a

bénéficié de mesures professionnelles sous forme d'un stage de chauffeur-livreur pour la buanderie d'un [...] puis d'un stage d'orientation auprès du Centre Oroph.

La cause doit dès lors être renvoyée à l'office intimé, afin qu'il statue sur le droit à des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA.

Cette solution est d'autant plus justifiée en l'occurrence que le Dr V.\_\_\_\_\_ estime qu'au vu de la bonne volonté et de la bonne collaboration de l'assuré, celui-ci devrait bénéficier d'une aide au placement et de la possibilité d'une reprise de travail progressive (rapport d'expertise du 31 août 2009). Les auteurs du rapport d'évaluation finale de Puissance L relèvent également la bonne volonté du recourant, ainsi que son investissement et sa disponibilité (rapport du 9 juillet 2008).

**7.** Le recourant requiert l'audition de F.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_ en qualité de témoins.

Le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 Ia 162, consid. 2b; TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.2 et les références citées).

En l'espèce, il ne se justifie pas de procéder à l'audition de F.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_ en qualité de témoins, le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause. Il a pour le surplus été donné suite à la requête d'expertise interdisciplinaire sollicitée par le recourant, devenue sans objet.

**8.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, la décision sur opposition attaquée étant annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il examine et statue sur le droit à des mesures de reclassement, après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. La décision attaquée doit en revanche être confirmée en tant qu'elle refuse le droit à une rente.

**9. a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics, tels les OAI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige dans le cas d'espèce, le présent arrêt est rendu sans frais.

**b)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'une avocate, a droit à des dépens réduits, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est partiellement admis.

- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 20 février 2007 est confirmée en tant qu'elle refuse le droit à la rente.
  
- III. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 20 février 2007 est annulée en tant qu'elle omet de statuer formellement sur le droit à des mesures professionnelles, le dossier étant renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Monique Gisel, avocate (pour H.\_\_\_\_\_),
- 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).

La greffière :