

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Gutmann et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

O. _____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Me
Alexandre Bernel, avocat à Lausanne

et

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
intimé

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** O._____ (ci-après : l'assuré, le recourant), né le 6 mars 1962, ressortissant turc, est établi en Suisse depuis 1980 et au bénéfice d'un permis C. Sans formation, il a occupé jusqu'en 1994 plusieurs postes non qualifiés, tels qu'ouvrier dans une fonderie, préparateur de légumes dans un grand magasin ou manœuvre sur des chantiers. Condamné à une peine privative de liberté en 1994, il a été incarcéré jusqu'au 10 janvier 2002. Durant l'exécution de sa peine, il a travaillé notamment comme auxiliaire dans la boulangerie de la prison et dans un atelier, ainsi que comme casseroier. Le 28 janvier 2002, il a débuté une activité d'employé agricole auprès de l'entreprise H._____ à Lonay. Cette dernière a toutefois résilié son contrat de travail au 23 février 2002, au motif qu'il ne présentait pas le profil recherché pour ce poste. L'assuré n'a depuis lors plus repris d'activité professionnelle.

b) En date du 16 avril 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'intimé). Il y indiquait souffrir de diabète et d'une hernie discale l'empêchant d'effectuer des travaux lourds.

B. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a disposé du rapport de plusieurs médecins ayant examiné l'assuré.

a) Dans un rapport médical daté du 6 février 2002 mais manifestement établi en mai ou juin 2002 à l'intention de l'OAI, le Dr N._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé, sur la base d'un examen clinique et de divers documents d'imagerie médicale établis le 13 février 2002, les diagnostics de blocages lombaires épisodiques et de lombosciatalgies à bascule sur protrusion discale L4-L5 dans un canal lombaire inférieur légèrement étroit, existant depuis fin 1999. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de son patient.

b) En date du 5 juillet 2002, le Dr I._____, médecin généraliste consulté par l'assuré, a établi à l'intention de l'OAI un rapport médical dans lequel il a confirmé les diagnostics retenus par le Dr N._____ et a rajouté plusieurs diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir un diabète de type 2, une hypercholestérolémie traitée, un tabagisme chronique important, des condylomes acuminés récidivants et une gingivite chronique. Il a également attesté d'une incapacité de travail du 12 février au 30 avril 2002. Dans un courrier adressé le 1^{er} juillet 2002 à la Fondation vaudoise de probation, ce même médecin a indiqué que son patient ne présentait que peu de limitations fonctionnelles, qu'il n'y avait pas de handicap et qu'une capacité de travail d'au moins 50 % était possible dans l'activité déployée jusqu'alors, pour autant que le port de charges soit limité à environ 20 kg et que des changements fréquents de position soient possibles.

c) Le 15 novembre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr T._____, chef de clinique adjoint au service de neurochirurgie du CHUV, sur demande de la Dresse R._____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré. Sur la base des examens radiologiques du 13 février 2002 (cf. consid. B.a supra), le Dr T._____ a indiqué que l'assuré présentait une symptomatologie essentiellement lombaire avec une irradiation pseudo-radiculaire. Il n'a pas constaté d'atteinte irritative ou déficitaire du point de vue radicaire et n'a pas retenu d'indication neurochirurgicale. Il a toutefois suggéré une prise en charge antalgique par le Dr M._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, auprès duquel l'assuré a effectivement été dirigé.

d) La première mention figurant au dossier de l'existence d'un état dépressif chez l'assuré se retrouve dans un courrier adressé le 4 février 2003 à la Dresse R._____ par le Dr M._____. Il y est notamment indiqué ce qui suit :

« Monsieur O._____ présente depuis 1 année une douleur lombaire droite, présente dans toutes les positions, mais surtout en position

assise et lors de la marche, avec irradiation sur la fesse (recte : face) antérieure de la cuisse. On a évoqué la possibilité d'un problème sur les articulations postérieures, vu qu'il n'y a pas de signe irritatif actuellement. Il est clair que le contexte général dans lequel évolue Monsieur O._____ est défavorable. Il présente une symptomatologie dépressive évidente avec une culpabilité et une impatience importante, ainsi que tous les facteurs de risques pour avoir un problème cardiaque tôt ou tard, s'il n'en a pas déjà eu.

Je n'ai pas instauré de traitement antidépresseur, mais il est possible qu'il faudra éventuellement l'envisager. »

e) Dans un rapport médical établi à l'intention de l'OAI en date du 5 juin 2003, le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de conflit sous acromial sévère avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, dominante, d'hernie discale lombaire invalidante et d'état dépressif sévère, rajoutant le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de diabète non insulino-dépendant, décompensé. Il a attesté une totale incapacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle depuis le mois de janvier 2002, principalement due à la hernie discale lombaire, et a indiqué que son état de santé n'était pas suffisamment stabilisé pour permettre de se prononcer sur une éventuelle capacité de travail dans une autre activité.

f) En date du 23 juin 2003, la Dresse R._____ a adressé à l'OAI un rapport médical, dans lequel elle a repris les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de douleurs lombaires avec blocages récurrents, de canal lombaire étroit en L4-L5 secondaire à une protrusion discale circonférentielle et hypertrophique et d'état anxio-dépressif, rajoutant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de diabète insulino-requérant, de haute tension artérielle, de tabagisme chronique et d'hypercholestérolémie. Ce médecin a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 28 août 2002 et a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Après apaisement des douleurs lombaires et amélioration de l'état dépressif, une reprise de l'activité professionnelle habituelle serait exigible, toutefois sans port de charges lourdes et avec des repas réguliers.

g) Du 14 au 24 octobre 2003, l'assuré a séjourné dans le service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, pour la prise en charge d'une lombosciatalgie droite chronique non spécifique. Dans son rapport médical du 4 novembre 2003 adressé à la Dresse R._____, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi qu'en rhumatologie, a notamment retenu le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales chroniques non spécifiques. Ce médecin a toutefois indiqué que ce diagnostic n'expliquait pas l'ensemble du tableau douloureux présenté par l'assuré, qui rentrait probablement dans le cadre d'un état dépressif sévère. Une consultation psychiatrique a par conséquent été organisée. Celle-ci a été effectuée le 20 octobre 2003 par la Dresse J._____, qui a conclu dans son rapport du 28 octobre 2003 à un état dépressif sévère sans symptôme psychotique et à des troubles de la personnalité sans précision, après une brève anamnèse et un status psychiatrique sommaire. Ce rapport contient notamment les indications suivantes :

« M. O._____ présente clairement un état dépressif important qui selon lui entraîne des troubles cognitifs significatifs. Il note depuis neuf mois une aggravation de son humeur triste en parallèle avec l'aggravation des douleurs. De ce fait un trouble somatoforme persistant ne peut être exclu avant un essai thérapeutique d'antidépresseur à doses efficaces. Un traitement de Seropram à 40 mg/jour pourrait être débuté. Les traits impulsifs et les crises clastiques décrites par le patient qui en souffre depuis qu'il est jeune adulte, ainsi que la relation de couple instable avec violence physique peuvent entrer dans le cadre d'un éventuel trouble de la personnalité borderline. »

h) Dans un rapport médical établi à l'intention de l'OAI le 28 avril 2004, la Dresse C._____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en endocrinologie et diabétologie, a essentiellement repris les divers diagnostics précédemment retenus et a indiqué qu'il fallait redouter la survenue ultérieure de complications au niveau macro-angiopathique, au vu du mauvais équilibre glycémique.

C. a) Suite à un avis médical établi par le Dr Q._____ du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR) le 4 mars 2004, l'assuré a

fait l'objet d'une expertise médicale effectuée le 25 juin 2004 par le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 30 juin 2004, ce spécialiste a notamment émis les considérations suivantes :

« L'assuré souffre comme première atteinte à la santé, d'un diabète initialement non-insulino-requérant, qui avait été traité uniquement par anti-diabétiques oraux et qui a nécessité par la suite une insulinothérapie. Comme complication de son diabète, d'après les rapports fournis par le Dr C. _____, il n'aurait pas d'atteinte ophtalmologique ou rénale et enfin neurologique significative. Dans ce contexte, il présente également une hypertension artérielle et une hyperlipidémie le tout sur un fond de tabagisme chronique comme autre facteur de risque cardio-vasculaire. Concernant son atteinte à la santé ostéo-articulaire, l'assuré a donc commencé à souffrir de lombalgies semble-t-il depuis 1999, lombalgies qui se sont exacerbées suite à la reprise d'une activité professionnelle en 2002. Ce qui a conduit ainsi à un arrêt de travail à 100% pour une date indéterminée. L'assuré a donc des doléances de lombalgies avec des douleurs dans les deux membres inférieurs, évoluant sur un mode chronique exacerbées par les positions statiques debout ainsi que par la marche. Ses douleurs évoluent sur un mode permanent et n'ont pas répondu à aucune des différentes modalités thérapeutiques principalement des traitements d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et enfin à une hospitalisation dans le Service de Rhumatologie du CHUV en 2003. Les constatations objectives actuelles révèlent un léger syndrome lombo-vertébral avec un assuré difficilement examinable puisque l'examen clinique est "parasité" par de nombreux signes comportementaux de Waddell avec un assuré extrêmement dolent lorsqu'il est examiné, il a également beaucoup de difficulté même à se déshabiller et même à se mouvoir sur le lit d'examen. Le status neurologique est tout de même rassurant puisqu'on n'objective qu'un pseudo-Lasègue à savoir des douleurs essentiellement lombaire à la manœuvre de Lasègue à partir de 70° ddc, sans autre anomalie au status neurologique. Les examens complémentaires notamment d'un ct-scan fait en 2002 et une IRM faite au CHUV en 2003 (clichés IRM non-visualisé personnellement, car perdus?) ont donc révélé l'existence de discopathies L4-L5 et L5-S1, avec un canal lombaire étroit modéré d'origine acquise en L4-L5, l'absence de hernie discale, ces constatations ont également été corroborées par les clichés lombaires de profil fait en 2002 révélant une discopathie L4-L5 et L5-S1 indiscutable en présence d'une arthrose postérieure lombaire.

Au total, concernant son problème de lombalgies associées à des douleurs aux membres inférieurs, on peut retenir certes des éléments objectifs radiologiques et cliniques, cependant ils ne sauraient expliquer l'intégralité des symptômes annoncés par l'assuré au niveau de son rachis lombaire et le comportement très démonstratif de l'assuré. Parallèlement, l'assuré souffre également de douleurs au niveau des deux épaules apparues à la fin de l'année 2003, d'abord du côté droit puis du côté gauche, douleurs qui ont conduit à moult investigations par le Dr V. _____ orthopédiste FMH, à savoir un bilan radiologique au niveau des deux épaules ainsi

qu'une arthro-IRM au niveau de l'épaule droite, révélant essentiellement des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite et d'omarthrose droite débutante. Au niveau des épaules, il y a également des signes objectifs de conflit sous acromiaux à l'examen clinique toutefois tous ces éléments cliniques sont "noyés" dans des signes comportementaux suggestifs d'un syndrome d'amplification des symptômes. En effet, les constatations objectives seules ne sauraient expliquer l'intégralité des symptômes manifestés et annoncés par M. O._____.

Bien entendu dans le cas de cette expertise rhumatologique, je ne prends pas en compte une possible co-morbidité psychiatrique qui serait donc présente d'après le rapport de sortie du Service de Rhumatologie du CHUV ainsi que par le médecin traitant, sous forme d'un état dépressif. Dans ces conditions, une expertise psychiatrique complémentaire me semble indispensable.

Concernant sa capacité de travail, on peut estimer qu'au vu des éléments objectifs ostéo-articulaires, ainsi que son diabète insulino-requérant, que l'assuré dispose d'une capacité de travail comme manœuvre de gravière ou comme manutentionnaire en fruits et légumes qui peut être estimée comme nulle. Cependant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qu'il présente au niveau du rachis lombaire dans sa capacité de porter, de soulever des charges de plus de 15 kg, de demeurer dans des positions statiques principalement debout de manière prolongée, dans sa capacité de porter et soulever des charges à bout de bras au-dessus de l'horizontale, de faire des mouvements d'abduction, on pourrait estimer qu'il présente une capacité résiduelle de travail résiduelle de 70%, cela d'un point de vue somatique essentiellement. La capacité de travail exigible à 70% tient également compte d'une baisse de son rendement lié à son diabète et à son atteinte au niveau des deux épaules. Un travail de surveillant de musée pourrait être une activité adaptée. »

b) Suite à un avis médical du Dr Q._____ du SMR, établi le 21 octobre 2004, l'assuré s'est également soumis à une expertise psychiatrique, effectuée le 23 août 2005 par le Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 20 septembre 2005, ce médecin a indiqué notamment ce qui suit :

« 4. DIAGNOSTIC

4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR [Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux]

Axe I	Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission Fond dysthymique
Axe II actuelle	pas de trouble majeur de la personnalité prémorbide ou
Axe III	obésité; cf. spécialiste concerné
Axe IV	difficultés socio-économiques; éventuellement familiales?

4.2. DISCUSSION

Monsieur O. _____ est un homme d'origine turque, né en 1962. Il a eu une enfance tout à fait normale, sans notion de maltraitance ou de carence affective. Rien ne laisse supposer qu'il ait présenté des troubles psychopathologiques de la petite enfance, de l'enfance ou de l'adolescence. De surcroît, nous ne relevons pas d'éléments en faveur d'antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou psychosomatiques suggérant un terrain de vulnérabilité constitutionnelle.

Jusqu'en 1994, Monsieur O. _____ a pu bien fonctionner, tant au niveau personnel, familial que professionnel. Durant son incarcération, de 1994 jusqu'au 12.1.2002, il ne semble pas avoir présenté de décompensation psychique manifeste.

(...)

Le long entretien que nous avons eu avec Monsieur O. _____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue **psychopathologique**, Monsieur O. _____ présente une symptomatologie dépressive légère valant soit pour un **fond dysthymique** ou un **état dépressif majeur de gravité légère**. Il paraît avoir bien répondu à un traitement de Seropram bien conduit. L'observance au traitement à ce titre est bonne.

Il existe des plaintes physiques multiples évoquées avec emphase, mais lors de notre entretien et de notre observation, Monsieur O. _____ ne paraît pas spécialement algique ou limité. Cependant, il présente une obésité tronculaire assez importante.

Il n'y a aucun autre diagnostic à retenir sur l'axe I.

Il n'y a pas d'élément pour un trouble de la personnalité majeure prémorbide ou actuel qui puisse être assimilable à une atteinte à la santé mentale. En particulier, nous ne retrouvons pas les éléments classiques qui puissent suggérer l'existence d'un fonctionnement de type état limite. Il ne suffit pas, comme il est noté dans le rapport du DUPA, d'évoquer avant 1994 une certaine instabilité conjugale avec violence physique pour que cette hypothèse soit vérifiée.

Dès lors, qu'en est-il de la capacité de travail de l'assuré(e) en fonction des troubles psychiatriques susmentionnés.

Jusqu'en 2002, Monsieur O. _____ paraît avoir relativement bien "fonctionné" dans la mesure où en prison, il ne semble pas avoir présenté de troubles psychiques particuliers. Le retour à la vie normale a certainement représenté un facteur de stress non négligeable. Mais à peine sorti de prison, Monsieur O. _____ a déjà déposé une demande de prestations invalidités, comme si, finalement, la société devait le prendre en charge après l'avoir, selon son vécu, injustement condamné, puis incarcéré.

Si rétrospectivement, il a pu présenter un trouble de l'adaptation avec humeur anxiodépressive, celui-ci a évolué favorablement. La présence de légers symptômes anxiodépressifs ne devrait pas entraver de manière significative sa capacité de travail. Tout au plus, pourrions-nous recommander la prescription de 40 mg/j. de Seropram ou éventuellement opter pour le Cipralex 10 à 20 mg/j. pour avoir moins d'effet secondaire de type prise pondérale.

De notre point de vue, la capacité de travail, dans une activité adaptée à ses limitations physiques est d'au moins 75% et ce, sans perte de rendement. Néanmoins, Monsieur O._____ n'a visiblement aucune motivation en ce sens. Il semble parfaitement se satisfaire de son statut d'inactif, voire de futur invalide. Tout indique finalement une probable évolution vers une forme de "**névrose de compensation**" dont il sera bien difficile de le faire sortir. Vu son faible niveau de scolarisation et son manque de bagage professionnel, ainsi que le contexte économique actuel, Monsieur O._____ se satisferait plus d'une rente AI que de l'incertitude du marché du travail.

Nous retenons aussi que son épouse elle-même est bénéficiaire d'une rente AI complète, et que son intégration socio-culturelle chez elle paraît avoir été très médiocre.

Le pronostic dépend essentiellement d'une prise de position ferme des assurances sociales car il s'agit de mettre des limites à ses espoirs de dispense de ses obligations professionnelles. »

En résumé, le Dr G._____ n'a retenu qu'un léger fond dysthymique ou un état dépressif majeur de gravité légère comme seule limitation psychique et mentale entraînant une incapacité de travail dans son activité habituelle de 25 % au maximum depuis février 2002. Il a également indiqué qu'un traitement médicamenteux devrait maintenir voire entièrement rétablir la capacité de travail de l'assuré.

c) Dans un rapport du 1^{er} décembre 2005, la Dresse Q._____ du SMR a retenu, au titre d'atteintes principales à la santé, des lombalgies chroniques aspécifiques et des omalgies bilatérales. Elle a considéré que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle, mais qu'une capacité de travail de 70 % restait exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles posées par le Dr D._____. Elle a également mentionné ce qui suit :

« Une expertise rhumatologique retient des lombalgies chroniques aspécifiques, des omalgies bilatérales qui contre-indiquent toute activité lourde. Par contre, pour l'expert, la capacité de travail de cet

assuré est de 70 % dans toute activité adaptée. L'expert mentionnant un syndrome d'amplification des douleurs, une expertise psychiatrique a été demandée. Celle-ci a été faite par le Dr G. _____, qui n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique de durée ou de gravité suffisante pour être invalidante. Il a néanmoins présupposé qu'au sortir de prison, l'assuré a présenté un trouble de l'adaptation qui a bien répondu à un traitement adéquat. Toutefois, l'expert met en évidence une absence de motivation et la recherche d'une compensation par la société suite à son emprisonnement.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons retenir que cet assuré présente une atteinte ostéoarticulaire essentiellement au niveau des épaules, ce qui l'empêche de faire des activités lourdes. Toutefois, les plaintes de l'assuré sont disproportionnées par rapport aux constatations cliniques de l'expert rhumatologue, sans que celles-ci trouvent une explication psychiatrique. Par conséquent, des facteurs extra-médicaux interviennent, comme l'a expliqué l'expert-psychiatre.

Au vu de la faible motivation de l'assuré des mesures professionnelles seraient vouées à l'échec. Par ailleurs, l'expert psychiatre précise que cet assuré est à même de retrouver de ses propres moyens une activité adaptée sur le plan psychiatrique. »

D. **a)** Dans un projet de décision daté du 6 mars 2007, l'OAI a fait part à l'assuré du résultat de ses constatations. Il a ainsi été retenu que depuis le 12 février 2002 (début du délai d'attente d'une année), sa capacité de travail était considérablement restreinte. A l'échéance du délai d'attente, soit le 12 février 2003, cette dernière était nulle dans son activité habituelle d'ouvrier d'usine ou agricole (activités lourdes). Cependant, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 70 % demeurerait exigible. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, l'OAI a dès lors procédé à une approche théorique de sa capacité de gain. Son revenu sans invalidité a ainsi été fixé à 57'806 francs, soit le salaire auquel pouvaient prétendre en 2002, selon les données statistiques de l'ESS, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, compte tenu d'une durée de travail hebdomadaire de 41,7 heures et de l'adaptation rendue nécessaire par l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1,40 %). Quant au revenu d'invalidité, il a été fixé à 36'417 fr., compte tenu d'un taux d'incapacité de 30 % puis d'un taux d'abattement de 10 %. Procédant au calcul du préjudice économique subi par l'assuré par la

comparaison de ses revenus sans invalidité et d'invalides tels que mentionnés ci-dessus, l'OAI a abouti à un degré d'invalidité de 37 %, n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité.

b) L'assuré ne s'étant pas déterminé, une décision formelle, en tous points semblable au projet du 6 mars 2007, a été rendue le 1^{er} juin 2007 et reçue par l'assuré le 6 juin 2007.

E. **a)** O. _____, par l'intermédiaire de son avocat, Me Alexandre Bernel, a recouru contre cette décision par acte du 6 juillet 2007, concluant avec dépens à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2003, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction. Le recourant conteste l'objectivité des conclusions de l'expertise psychiatrique sur laquelle s'est fondé l'OAI, faisant valoir que le Dr G. _____ manquerait d'indépendance, étant un expert attitré de cet office. Il relève que cet expert s'est penché sur son état de santé psychique à un moment où celui-ci était en phase temporaire de rémission, ne retenant ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission, alors que d'autres médecins consultés précédemment auraient attesté une dépression sévère. Le travail du Dr G. _____ s'avérerait également superficiel, dans la mesure où, par exemple, il a écrit que le recourant n'aurait pas de problème de tabagisme, alors qu'un tabagisme sévère est décrit notamment dans le rapport du Dr D. _____, dont le Dr G. _____ avait connaissance. Le recourant conteste enfin le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI sur son salaire d'invalides. Il estime que ce taux doit être porté à 25 %, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles dont il souffre et de son incarcération, qui ne lui a permis de travailler que quelques semaines depuis sa libération. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la production de son dossier AI, ainsi que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

En date du 25 juillet 2007, le recourant a encore produit les pièces suivantes :

aa) un rapport médical adressé au Dr R. _____ en date du 20 juillet 2007 par le Prof. F. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, chef du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV et par la Dresse L. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, cheffe de clinique adjointe. Ce rapport indique que le recourant a été hospitalisé dans le service précité du 30 mai au 15 juin 2007 pour des lombosciatalgies chroniques. Il y est notamment mentionné, à titre de diagnostics secondaires, un probable syndrome douloureux chronique surajouté et un état dépressif sévère, pour lequel un avis psychiatrique a proposé un suivi en ambulatoire;

bb) un rapport médical établi le 25 juin 2007 par le Prof. P. _____, spécialiste FMH en neurologie, et par le Dr X. _____, médecin assistant du Service de neurologie du CHUV, qui concluent à l'absence de signe de neuropathie ou de radiculopathie chez le recourant.

b) Dans sa réponse du 17 août 2007, l'OAI a préavisé au rejet du recours. L'office intimé a affirmé que le rapport d'expertise rédigé par le Dr G. _____ remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Il a relevé que les différents médecins ayant diagnostiqué un état dépressif chez le recourant ne seraient pas des psychiatres, à l'exception de la Dresse J. _____, dont les constatations objectives se recouperaient en grande partie avec celles relevées par le Dr G. _____. Ce dernier expliquerait par ailleurs précisément les raisons pour lesquelles il ne retenait qu'un diagnostic de fond dysthymique sans relever de trouble majeur de la personnalité. L'appréciation médicale de l'état de santé du recourant apparaissant dès lors complète, une expertise médicale pluridisciplinaire ne serait pas nécessaire. En ce qui concerne l'abattement de 10 % effectué sur le revenu d'invalidé du recourant, l'OAI relève que, le recourant étant âgé de 45 ans, on ne saurait dès lors retenir un quelconque désavantage sur le

marché du travail lié à l'âge. De plus, dans la mesure où il n'a que très peu travaillé depuis sa sortie de prison, il ne subirait aucune perte liée à l'ancienneté. Le recourant est par ailleurs titulaire d'un permis d'établissement, ce qui ne saurait pas non plus donner lieu à une réduction. En ce qui concerne ses limitations fonctionnelles, du fait qu'elles ont déjà été prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail, il n'y aurait pas lieu d'admettre une seconde réduction. Le seul critère permettant de justifier une réduction sur le revenu d'invalidé serait donc celui du taux partiel d'occupation chez un homme. L'abattement retenu serait dès lors pleinement justifié.

c) Le 1^{er} octobre 2007, le recourant a produit une décision du Bureau de l'assistance judiciaire lui octroyant l'assistance judiciaire, comprenant notamment l'avance des émoluments de justice et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Alexandre Bernel, avec effet au 8 juillet 2007. Il a également maintenu ses conclusions et sa demande d'expertise pluridisciplinaire, et requis la production par le CHUV du rapport du médecin psychiatre l'ayant examiné lors de son hospitalisation du 30 mai au 15 juin 2007 (cf. consid. E.a.aa supra).

d) En date du 7 décembre 2007, la direction médicale du CHUV a fait parvenir au tribunal le rapport médical daté du 20 juillet 2007 et figurant déjà au dossier (cf. consid. E.a.aa supra). En date du 18 décembre 2007, le recourant a demandé que la réquisition de production de pièce soit redirigée directement sur le service de psychiatrie de liaison et porte non seulement sur l'examen au moment de son hospitalisation, mais également sur les constatations effectuées lors du traitement qui a suivi.

e) Les Desses Z._____, et B._____, spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie au Département de psychiatrie du CHUV, ont alors adressé au tribunal, le 14 février 2008, un courrier dont la teneur est la suivante :

« Le rapport qui va suivre se base d'une part sur les observations du Dr W._____ qui a suivi M. O._____ durant son hospitalisation du

30 mai au 15 juin 2007, puis du suivi ambulatoire qui a été repris à partir du 1^{er} octobre 2007 par la Dresse B. _____ qui suit toujours le patient. Le rapport du Dr W. _____ datant du 14.06.2007, parle en faveur d'une dépression moyenne avec syndrome somatique ainsi que d'un trouble somatoforme. M. O. _____ est un patient de 46 ans qui souffre de douleurs depuis 2002 sans qu'un substrat organique clair ait pu être mis en évidence. Il a tenté plusieurs fois une reprise de l'activité professionnelle, qui a échoué en raison des douleurs en augmentation progressive depuis 2002. Le rapport du Dr W. _____ met également en avant les éléments anamnésiques suivants : le patient vient de la région d'Ankara en Turquie. Il vit en Suisse depuis plus d'un vingtaine d'années et a travaillé comme ouvrier dans des fonderies puis dans une gravière. Il est marié, père de trois enfants et grand-père d'un petit garçon né il y a quelques mois. Après un séjour en prison entre 1994 et 2002 pour une peine considérée comme injuste d'après le patient (se considérant comme avoir été victime de son oncle ainsi que de la justice), il tente de reprendre une vie normale. Il ne se sent pas aidé par les membres de sa famille en Turquie qui vont même vendre sa propre maison et en tirer des bénéfices personnels alors que le patient est toujours incarcéré. M. O. _____ garde un sentiment tenace d'avoir été trahi par sa famille.

Dans ce contexte de trouble dépressif moyen à sévère par moment marqué par des fluctuations d'humeur et des périodes d'idéations suicidaires, le suivi psychiatrique est maintenu de manière ambulatoire. Sa thymie reste très fluctuante avec un patient qui est par moments fuyant devant les différentes prises en charge. La prise en charge diabétique passe au premier plan depuis environ novembre 2007 étant donné que le patient ne contrôle absolument plus ses glycémies étant pris par des mouvements dépressifs et de "laisser aller général". Suite à un voyage en Turquie en novembre 2007, nous constatons une péjoration de l'humeur et une péjoration du laisser aller.

Il est aussi difficile pour M. O. _____ de s'engager dans un suivi régulier tant psychiatrique que somatique, qui se plaint d'une incapacité à pouvoir se déplacer en raison des douleurs.

Le 25 février 2008 un réseau est organisé au cabinet de la Dresse C. _____ diabétologue, avec présence de la Dresse R. _____ sa médecin généraliste et de la Dresse B. _____ afin d'optimiser la prise en charge tant sur le plan psychiatrique diabétologique, que des douleurs.

Dans ce contexte de co-morbidités multiples, nous pensons que M. O. _____ devrait bénéficier d'une expertise globale qui prenne en compte à la fois les aspects psychiatriques et somatiques. »

Se déterminant le 4 mars 2008 sur ce rapport, le recourant a relevé que le diagnostic de "trouble dépressif moyen à sévère par moment marqué par des fluctuations de l'humeur et des périodes d'idéation suicidaire" était manifestement plus grave que celui de "trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive" s'apparentant à une "névrose

de compensation" retenu par le Dr G._____. Se ralliant à l'avis exprimé dans ce même rapport, le recourant a maintenu sa demande d'expertise pluridisciplinaire. L'OAI a quant à lui maintenu sa position.

f) En date du 22 août 2008, le recourant a une nouvelle fois requis que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire et a produit un courrier adressé le 17 juin 2008 à Me Bernel par la Dresse A._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, dont le contenu est le suivant :

« Votre client a été effectivement hospitalisé quelques jours dans le service de rhumatologie du CHUV et transféré dans l'Unité de Rééducation dont je suis responsable le 13.05.2008. Son séjour a été bref, le patient étant obligé de quitter l'Hôpital en raison des difficultés qu'il a présentées pour respecter le cadre hospitalier.

Les investigations effectuées lors de cette hospitalisation ont consisté en une IRM lombaire, examen qui montre un rétrécissement du canal lombaire et des lésions dégénératives (arthrose).

Le 14.05.2008, il a subi une infiltration péri-durale, geste qui était censé améliorer au moins partiellement sa symptomatologie douloureuse. Curieusement, Monsieur O._____ a toujours annoncé des douleurs aussi importantes, même les 2-3 heures post-intervention, situation qui est inhabituelle et qui renforce notre diagnostic de composante psychogène dans l'origine des douleurs.

Pour être plus concret, je formule son diagnostic somatique de la manière suivante :

- **Lombo-sciatalgies droites chroniques sur canal lombaire étroit L3-L4-L5 avec discrète protrusion disco-ostéophytaire et importante arthrose interfaccettaire postérieure.**

Comorbidité :

- Diabète type 2 insulino-requérant.
- Hypertension artérielle.
- Tendinopathie sous-épineuse du biceps et de l'épaule droite dans le cadre d'un conflit sous-acromial sur acromion crochu.
- Omarthrose gauche.
- Tabagisme chronique actif (4 paquets de cigarettes/j).

Diagnostics psychiatriques :

- Episode dépressif avec douleurs chroniques somatoformes.
- Problèmes sociaux et probables troubles de l'adaptation.

En ce qui concerne le diagnostic somatique, à mes yeux, son incapacité de travail est de 100% dans une activité lourde. Elle pourrait être évaluée à 50% dans une activité légère. Cependant la comorbidité psychiatrique est très importante et elle mettra en échec toute chance de reclassement professionnel. Pour cet aspect, je vous laisse le soin de contacter son psychiatre, la Dresse B._____, Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV. »

Informé par le juge instructeur que celui-ci avait l'intention de demander la production du rapport de consultation du 14 juin 2007 établi par le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. consid. E.e supra), le recourant l'a produit spontanément en date du 24 septembre 2008. Ce rapport contient une brève anamnèse et un status, ainsi que les diagnostics de dépression moyenne avec syndrome somatique et de trouble somatoforme. Une prise en charge psychiatrique y est proposée, ainsi qu'une augmentation du traitement médicamenteux. Dans ses déterminations du 5 novembre 2008, l'OAI a maintenu sa position, au motif que ce rapport n'aurait pas de valeur probante.

g) En date du 4 décembre 2008, le juge instructeur a informé le recourant que sa requête d'expertise pluridisciplinaire était rejetée, le dossier étant suffisamment fourni pour que le tribunal puisse statuer en connaissance de cause. Le recourant a formé opposition à cette décision par acte du 5 janvier 2009.

Statuant sur cette opposition en date du 24 mars 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a refusé d'entrer en matière, au motif que la procédure d'opposition prévue par l'art. 16 aLTAs (ancienne loi cantonale vaudoise du 2 décembre 1959 sur le Tribunal des assurances; RSV 173.41), de même que la voie du recours incident prévu par l'art. 50 aLJPA (ancienne loi cantonale vaudoise du 18 décembre 1989 sur la juridiction et la procédure administratives; RSV 173.36), lois en vigueur jusqu'au 31 décembre 2008, avaient été supprimées au 1^{er} janvier 2009 lors de l'entrée en vigueur de la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), dont les dispositions, immédiatement applicables selon l'art. 117 al. 1 LPA-VD, ne prévoient désormais plus ce genre de procédure.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Déposé dans le délai de trente jours (60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La LPA-VD, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de cette loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer dans le cadre du présent recours, déposé le 6 juillet 2007 auprès du Tribunal des assurances (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]), et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2003, notamment sur l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles pour la période courant jusqu'au 1^{er} juin 2007, date de la décision entreprise. La

LAI ayant subi deux révisions depuis février 2003, il convient dans un premier temps de déterminer quel est le droit applicable au cas d'espèce.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329, consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445, 127 V 466, consid. 1; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010, consid. 5). Le juge n'a donc pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1.2), en l'occurrence le 1^{er} juin 2007.

Il s'ensuit que le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné, pour la période allant du 1^{er} février au 31 décembre 2003, au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004 puis, pour la période jusqu'au 1^{er} juin 2007 (date de la décision litigieuse), au regard des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Cela étant, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de

l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 (RO 1991 pp. 2377 ss), soit jusqu'à la 4^e révision de l'AI, l'assuré avait droit à un quart de rente, s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3 % au moins. Selon cette même disposition, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 pp. 3837 ss) à fin 2007, l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il était invalide à 70 % au moins.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) se base sur des documents médicaux, éventuellement des documents émanant d'autres spécialistes, qui lui sont nécessaires pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 6, 133 V 450, consid. 11.1.3, 125 V 351, consid. 3a, 122 V 157, consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). On ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170, consid. 4; TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2).

5. a) Pour se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, l'office intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 1^{er} décembre 2005, dont les conclusions sont basées sur les deux expertises, soit l'expertise rhumatologique du Dr D._____ (cf. consid. C.a supra) et l'expertise psychiatrique du Dr G._____ (cf. consid. C.b supra). Le recourant en conteste la valeur probante. En effet, il affirme que les conclusions du Dr G._____ manquent d'objectivité, dans la mesure où ce spécialiste ne serait pas un expert indépendant, mais travaillerait pour le compte de l'OAI. Il conteste également le diagnostic retenu par cet expert,

au motif que d'autres médecins consultés précédemment ont attesté une dépression sévère et que le Dr G._____ n'aurait procédé qu'à une analyse superficielle de son cas.

b) Les griefs du recourant relatifs à l'absence d'indépendance du Dr G._____ par rapport à l'intimé, ainsi que ses critiques d'ordre général sur la valeur probante très relative qu'il conviendrait de reconnaître aux rapports de ce médecin ne reposent sur aucun fait concret allégué et prouvé. Il convient de les écarter d'emblée.

En ce qui concerne plus précisément les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à une expertise, ils sont en l'occurrence remplis. Le Dr G._____ a établi son rapport d'expertise conformément au Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM IV-TR). Il a également utilisé d'autres tests psychométriques (échelle de Hamilton, Beck 13, SCL-90R). Son diagnostic s'appuie donc sur les critères d'un système de classification reconnu. Les conclusions du rapport se fondent sur un entretien avec le recourant et sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, en particulier l'expertise du Dr D._____ (cf. consid. C.a supra) et le rapport médical de la Dresse J._____ (cf. consid. B.g supra). Il repose dès lors sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressé. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions, en particulier le diagnostic de fond dysthymique ou d'état dépressif majeur de gravité légère, sont dûment motivées et convaincantes, et reposent non seulement sur l'examen effectué lors de l'expertise, mais également sur la prise en compte de l'évolution favorable de la symptomatologie dépressive due à la bonne observance du traitement médicamenteux à base de Seropram.

Par ailleurs, l'appréciation du Dr G._____ ne saurait être remise en cause par les rapports des autres médecins qui se sont exprimés sur l'état de santé psychique du recourant. En effet, il est tout

d'abord à relever que plusieurs médecins ayant attesté un état dépressif chez le recourant ne sont pas psychiatres. C'est le cas du Dr M._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, qui a diagnostiqué le 4 février 2003 une "symptomatologie dépressive évidente" (cf. consid. B.d supra), ainsi que du Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui fait état le 5 juin 2003 d'un "état dépressif sévère" (cf. consid. B.e supra), et de la Dresse R._____, spécialiste FMH en médecine générale, qui mentionne le 23 juin 2003 un "état anxio-dépressif" (cf. consid. B.f supra).

Le premier rapport établi par un spécialiste en psychiatrie est celui de la Dresse J._____, qui conclut le 28 octobre 2003 à un état dépressif sévère sans symptôme psychotique et à des troubles de la personnalité sans précision (cf. consid. B.g supra). Il convient tout d'abord de relever que ce rapport n'est pas incompatible avec les constatations du Dr G._____. Il est en effet tout à fait vraisemblable que le traitement antidépresseur mis en place à cette époque ait produit ses effets et contribué à l'évolution favorable de la symptomatologie dépressive dont fait état le Dr G._____. Concernant la période antérieure à la rédaction de ce rapport, les constatations de la Dresse J._____ ne permettent pas d'établir que l'état dépressif sévère du recourant ait duré plus d'une année, ni, partant, qu'il ait entraîné une incapacité de travail de 40% minimum pendant une année au moins (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). En effet, le recourant a déclaré le 20 octobre 2003 à la Dresse J._____ que son humeur ne s'était péjorée que depuis 9 mois. Quoi qu'il en soit, le rapport de la Dresse J._____ ne revêt pas la valeur probante que l'on peut attribuer à celui du Dr G._____, dès lors qu'il n'est motivé que de façon relativement sommaire, ne contient qu'un bref status et une anamnèse succincte, ne se réfère à aucun document médical et ne s'appuie sur aucun système de classification reconnu.

Quant au rapport concernant la consultation psychiatrique effectuée par le Dr W._____ en date du 14 juin 2007, très sommairement motivé, qui conclut à une dépression moyenne avec

syndrome somatique et à un trouble somatoforme (cf. consid. E.f supra), il ne contredit pas les constatations du Dr G._____ en ce qui concerne l'état de santé du recourant jusqu'au moment de la décision litigieuse du 1^{er} juin 2007. Il en va de même pour le rapport adressé à la Cour de céans par les Desses Z._____ et B._____ en date du 14 février 2008 (cf. consid. E.e supra).

En ce qui concerne enfin les critiques relatives à la mention, contenue dans le rapport du Dr G._____, selon laquelle le recourant ne souffrirait pas de tabagisme, elles ne font que pointer du doigt une inadvertance à laquelle il n'y a aucune raison objective d'attacher d'importance déterminante dans le cas d'espèce.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions du Dr G._____, dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

6. Le recourant affirme également que son cas aurait dû faire l'objet d'une approche pluridisciplinaire, soit d'une expertise à la fois psychiatrique et rhumatologique, afin qu'une appréciation globale de sa capacité de travail puisse être correctement effectuée.

Selon la jurisprudence, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c, 124 V 90, consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3).

Dans le cas d'espèce, il convient de relever que, dans le cadre de l'établissement de son rapport d'expertise psychiatrique, le Dr G._____ avait connaissance du rapport d'expertise rhumatologique établi par le Dr D._____, dont il a également pris les conclusions en considération pour la fixation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques. Toutes les problématiques médicales concernant le recourant ont donc été dûment investiguées et prises en compte par l'OAI dans l'établissement de sa décision. Par conséquent, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la requête d'expertise pluridisciplinaire du recourant doit être rejetée.

7. En dernier lieu, le recourant conteste le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI sur son revenu d'invalidé, estimant qu'il ne serait pas suffisant pour tenir compte de l'ensemble des facteurs qui limiteraient ses perspectives salariales, tels que son âge, son handicap ou ses années de service.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement, afin de prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales, telles que son handicap, son âge, ses années de service, sa nationalité ou sa catégorie d'autorisation de séjour et son taux d'occupation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2, 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3, 126 V 75, consid. 6).

En l'espèce, il convient de relever que, dans la détermination du revenu hypothétique sans invalidité du recourant, l'OAI s'était déjà référé aux données statistiques de l'ESS. Si, comme le soutient le recourant, des circonstances telles que son âge, sa nationalité, ses années de service ou le fait qu'il sorte d'une peine privative de liberté devaient prises en considération dans la détermination de son revenu d'invalidé, ces mêmes circonstances, à supposer qu'elles soient toutes pertinentes, devraient donc également être prises en considération pour la détermination de son revenu sans invalidité. Dans la mesure où elles ne l'ont pas été, il convient donc également de ne pas en tenir compte dans la détermination du revenu d'invalidé. En l'espèce, l'OAI ne pouvait donc prendre en considération, pour fixer la déduction, que les facteurs exclusivement liés à l'invalidité, telle la nécessité de travailler avec un rendement diminué à un poste adapté à diverses limitations fonctionnelles. Dès lors, l'abattement de 10 % retenu par l'autorité intimée n'apparaît pas relever d'un abus du pouvoir d'appréciation dont jouit l'administration sur ce point.

8. La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont laissés à la charge de l'Etat.
- III.** L'indemnité d'office de Me Bernel, conseil du recourant, est arrêtée à 1'720 fr., TVA comprise.
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel, avocat (pour O. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :