

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juin 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Röthenbacher
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 16 LPGA; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____, né en 1948, a déposé le 27 mai 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Il résulte des pièces versées au dossier que l'assuré a exercé l'activité de contrôleur des impôts depuis 1983, dans un premier temps à [...], puis, de 1990 à 2000, à [...] en tant que responsable de toutes les taxations, des contrôles des déclarations et des conflits dans la région, tâches qu'il a assumées seul, ne devant rendre des comptes qu'au préposé de [...]; les services des impôts envisageant une restructuration, impliquant notamment la fermeture éventuelle du poste de [...], l'intéressé a occupé dès 2001, suite à sa postulation, la fonction d'adjoint au préposé à [...], et a mal vécu ce changement - évoquant notamment une atmosphère pesante, des attitudes de délation de la part de ses collègues et subordonnés, ainsi que des reproches injustifiés.

Le 15 juin 2004, le Dr D._____, médecin cantonal adjoint, a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office) copie d'un préavis qu'il avait établi le 14 mai 2004 à l'attention du Conseil d'administration de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud, dont il résulte qu'il estimait, au vu des rapports médicaux en sa possession et de ses propres examens, qu'il était justifié d'accorder à l'assuré des prestations fondées sur une invalidité définitive (au sens de l'art. 54 LCP [loi cantonale du 18 juin 1984 sur la Caisse de pension de l'Etat de Vaud, RSV 172.43]) de 100 %, à la date proposée par le service employeur conjointement au Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV).

Dans un rapport établi le 16 juin 2004, la Dresse S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie consultée par l'assuré les 29 septembre 2003 et 27 avril 2004, a posé comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que de

trouble mixtes de la personnalité, à traits évitant et dépendant (F61.0) – le diagnostic de boulimie atypique (F50.3), également retenu, étant réputé sans répercussion sur la capacité de travail. Selon ce psychiatre, qui indiquait que la motivation de l'assuré pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible voire nulle, aucune activité n'était plus exigible de sa part, étant précisé ce qui suit:

"Monsieur V. _____ a subi plusieurs blessures narcissiques: l'incorporation dans une équipe après plusieurs années d'autonomie, la confrontation à ses propres limites face aux adaptations nécessaires (informatique, travail d'équipe, trajets au lieu de travail, etc), les reproches de ses supérieurs. Le sentiment de préjudice est tel qu'il semble que la blessure ne pourra jamais se cicatrifier. Même s'il s'engageait dans un travail psychothérapeutique, ce qui est loin d'être le cas actuellement, des symptômes bruyants persisteraient probablement.

Si on lui proposait une autre activité, comme il faudrait une activité « simple » et conforme à sa capacité d'adaptation, ça représenterait pour lui une blessure supplémentaire; non seulement il n'investirait pas le projet, mais son état de santé s'en trouverait probablement aggravé."

Dans un rapport établi le 22 juin 2004, le Dr F. _____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, a posé comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de décompensation psychotique aiguë réactionnelle (existant depuis le 8 septembre 2003), de syndrome de fibromyalgie, ainsi que de troubles statiques dorso-lombaires, occasionnant une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 8 septembre 2003. Ce praticien indiquait que l'intéressé l'avait consulté en urgence le soir du 8 septembre 2003, dans un état de décompensation psychotique subaigu, déclarant qu'il lui était impossible de se présenter à son lieu de travail "*suite à des restructurations internes voire des menaces de déclassement*"; malgré un traitement anti-dépresseur correctement mis en place et un suivi quasi-hebdomadaire, la situation n'avait cessé de s'aggraver depuis lors. Selon le Dr F. _____, qui indiquait que la motivation de l'assuré pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible, et suggérait un "*passage à l'Oriph*" (Organisation romande d'intégration professionnelle pour personnes handicapées), il n'était pas exigible de sa part qu'il exerce

une autre activité. Etaient annexées à ce rapport notamment les pièces suivantes:

- un rapport établi à l'attention du Dr F._____, le 29 septembre 2003 par la Dresse S._____, dont il résulte notamment ce qui suit:

"M. V._____ ne formule aucune demande de psychothérapie. Il ne voit qu'une seule solution à son problème, c'est de se mettre hors du circuit du travail le plus vite possible pour calmer son angoisse et retrouver la confiance en lui-même. Par ailleurs, il est satisfait de sa vie affective, culturelle, relationnelle. Pour l'instant, il n'a donc pas de demande qui soit adressée spécifiquement au psychiatre;" [...]

- un courrier adressé le 10 octobre 2003 au médecin cantonal adjoint par le Dr F._____, lequel relevait chez l'intéressé un problème socio-professionnel avec état dépressif réactionnel important, se voyait pour l'heure dans l'obligation de maintenir l'incapacité de travail à 100 % et requérait des "*instructions précises*" "*pour la suite des événements*";

- un courrier adressé le 15 octobre 2003 aux Ressources humaines de l'Administration cantonale des impôts par le Dr D._____, lequel, se référant au courrier précité du Dr F._____, suggérait un changement d'affectation de l'assuré en raison de difficultés d'ordre professionnel, étant précisé que ce dernier ne présentait pas une atteinte à la santé qui justifierait une incapacité de travail de longue durée, à plus forte raison des prestations fondées sur une invalidité définitive (au sens de l'art. 54 LCP), mais qu'il était néanmoins au bénéfice d'une incapacité de travail de courte durée, laquelle devait permettre le règlement du problème professionnel en cause;

- un courrier adressé le 6 février 2004 au médecin cantonal adjoint par le Dr F._____, lequel mentionnait qu'un entretien du 4 février 2004 entre les Ressources Humaines du Département des finances et l'assuré avait été perçu par celui-ci "*comme une simple séance d'information sans qu'il ait pu retenir un élément objectif voire rassurant*". Le Dr F._____ indiquait assister sur le plan clinique à une très nette

péjoration sous forme d'éléments psycho-organiques en direction de l'instauration d'un syndrome de fibromyalgie, à son avis d'ores et déjà en place, et requérait derechef des instructions de la part du médecin cantonal adjoint;

- un rapport établi le 7 mai 2004 par la Dresse S. _____ à la demande du Dr D. _____, dont il résulte en particulier ce qui suit:

"Concernant le travail, le sentiment de préjudice est tel qu'il est inutile d'envisager de réexaminer la capacité de travail future: la probabilité que M. V. _____ reprenne le travail est pratiquement nulle." [...]

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 20 juillet 2004, le Service du personnel de l'Etat de Vaud a indiqué que l'assuré avait travaillé à son service, à plein temps, en tant que premier contrôleur d'impôt, chef de groupe, du 1^{er} juillet 1983 au 1^{er} juin 2004, et qu'il était depuis lors considéré comme invalide à 100 %; dans le cadre de cette activité, l'intéressé réalisait un revenu mensuel brut de 9'264 fr. 58 (x 13) depuis le 1^{er} janvier 2004.

Suite à un avis dans ce sens du Service médical régional AI (SMR), l'OAI a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, réalisée le 14 septembre 2006 par le Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, l'expert a exposé ce qui suit:

"V. Constatations cliniques :"

[...]

"Il n'y a pas de trouble de la concentration; l'assuré reste attentif et focalisé sur chaque question et sujet. Il n'y a pas de problème de mémorisation. Le cours de la pensée n'est pas pathologique; il n'y a pas de digression, pas de circularité et pas de problème de structuration en soi. Le fait que ses réponses soient courtes est plutôt issu d'un aspect défensif de sa part.

Affectivement, l'assuré n'est pas particulièrement perturbé. En lien avec la description de ses gênes corporelles et abaissement de moral, il peut être momentanément un peu affecté avec soupirs, regards intériorisés, quelques mouvements accentués de ses membres supérieurs ainsi qu'une respiration accélérée. Mais il

retrouve très vite une expression neutre qui domine largement le tableau. Il n'y a pas de tristesse cliniquement marquée et permanente.

Il n'y a pas d'élément majeur en faveur d'un état dépressif dans le sens clinique du terme.

On perçoit une anxiété sous-jacente mais qui semble tout à fait situationnelle d'après les explications de l'assuré. Il appréhendait cet entretien et il appréhende les conclusions."

[...]

"Au niveau de sa personnalité, il est retenu, probablement peu sociable, rigide, arrêté dans ses réflexions et positions et peut-être avec une touche obsessionnelle. Ces éléments se situent au niveau descriptif, expliquent peut-être quelques-uns de ses accrochages antérieurs, mais n'ont pas de valeur malade dans le sens d'un trouble de la personnalité avec impact clinique."

[...]

VII. Discussion :

[...]

"En 2003 précisément, lors d'un entretien entre la préposée et le responsable du service du canton de Vaud, certaines critiques ont été formulées à son encontre. Monsieur V._____ a très mal vécu ces reproches et immédiatement proposé qu'on le renvoie. Mais ses supérieurs n'ont pas réagi de cette manière et l'assuré s'est senti si démolé et mal avec les reproches qu'il a glissé dans une crise majeure. Ici, la documentation du médecin-traitant, de l'adjoint du médecin cantonal et du psychiatre consultant est assez claire et très certainement, l'assuré était dans cette période et pour un certain laps de temps, très perturbé.

Tout nous fait dire aujourd'hui a posteriori qu'il s'agissait d'un trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives mixtes, en principe susceptible de s'améliorer une fois les facteurs de perturbation éliminés ou transformés. C'est d'ailleurs exactement dans ce sens-là que l'adjoint du médecin cantonal s'est positionné en fin d'année 2003 en disant que Monsieur V._____ ne présenterait pas une atteinte à la santé qui justifierait une incapacité de travail de longue durée.

A contre-courant de cette vision, l'assuré a très vite déclaré non seulement ne pas pouvoir retourner à son poste de travail (ce qui paraissait aussi évident au médecin-traitant), mais ne plus se sentir apte à aucun travail (ce que le médecin avait évoqué comme éventualité).

Par la suite, ce positionnement intérieur de l'assuré a pris une telle ampleur et persistance que son entourage médical et les différentes personnes consultées n'ont réceptionné que cette vision. On trouve dans les différents rapports ainsi davantage de plaintes de visions subjectives déposées par l'assuré que d'observations extérieures et/ou discussions d'alternatives thérapeutiques et/ou professionnelles.

Déjà au mois de mai 2004, la psychiatre consultée adhère dans le sens du patient en disant qu'une seule chose serait utile désormais : que Monsieur V._____ se renseigne auprès des assurances perte

de gain et s'inscrive à l'assurance-invalidité pour « *qu'il puisse planifier matériellement sa vie future* ».

Même si dans ce rapport cité, le diagnostic principal est toujours des « *troubles de l'adaptation avec réactions mixtes, anxieuses et dépressives* », (donc par définition transitoire), le pessimisme règne et le pronostic est très vite sombre dans le sens d'une incapacité de travail durable.

Lorsque nous avons parlé aujourd'hui avec l'assuré, il nous confirme sa décision prise relativement vite après les événements de 2003 de ne plus retourner au travail, se mettant tout à fait en position de victime, car on lui aurait fait comprendre qu'il serait « *bon à rien* ». Il argumente subjectivement son incapacité de travail avec des problèmes de dos et d'impossibilité de rester longtemps assis, se référant aussi au diagnostic secondaire évoqué de fibromyalgie.

Nous avons vu maintenant un homme qui n'est pas dans une souffrance affective majeure. Il est certes légèrement anxieux, agressif sous-jacent, mais sans équivalent de dépression ou trouble de la personnalité. D'ailleurs, il n'a jamais eu aucune demande de suivi psychiatrique. Il dévoile indirectement une contradiction dans le sens que, selon le dossier, il y a bien eu des antidépresseurs prescrits, mais l'assuré nous dit ne les avoir jamais pris car son médecin ne voulait pas « *l'abrutir* ».

L'anamnèse spontanée et systématique nous dessine un homme qui s'est relativement bien organisé dans sa vie pratique, qui fonctionne correctement à la plupart des niveaux, même s'il a pris beaucoup de distance sociale et qu'un certain isolement est indéniable. Mais à ceci contraste le fait qu'il s'agit aussi d'un choix et que, de l'autre côté, il préserve les relations tout à fait fonctionnelles, surtout sa relation de couple, solide et épanouie de longue date, ainsi que l'engagement envers sa sœur."

[...]

"Nous ne pouvons pas nous prononcer avec précision sur l'atteinte rhumatologique éventuelle et il manque ici un examen spécifique neutre. Cependant, il nous a paru évident que le corrélat psychique du phénomène douloureux est un état tensionnel plus ou moins fluctuant de cet assuré. C'est d'ailleurs ici la seule médication psychotrope utilisée : il dispose de trois substances anxiolytiques-relaxantes qu'il utilise selon son état. Là aussi, nous sommes plutôt dans une atteinte mineure et en principe tout à fait maîtrisable avec différents moyens thérapeutiques.

VIII. Diagnostic et conclusions :

"En conclusion à nos analyses et réflexions, nous retenons pour l'assuré en question

Autres troubles anxieux mixtes (F41.3 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10).

Il s'agit d'une catégorie mineure du registre anxieux et, comme indiqué, fluctuant et influençable.

Au niveau de sa personnalité, contrairement aux notions antérieures de nos confrères (dépendant et évitant), nous percevons le fonctionnement de Monsieur V._____ plutôt dans un registre de psychorigidité, à savoir proche d'une personnalité anankastique, type de personnalité qui est très efficace et apprécié dans l'exécution, mais de l'autre côté moins performant dans l'adaptation, la flexibilité et les demandes de changement.

Comme décrit auparavant, il nous semble inadéquat de construire, à partir de ces éléments de fonctionnement de personnalité et de l'événement de 2003, une maladie psychiatrique véritable. On ne peut pas, déjà par définition, déclarer un homme malade de personnalité qui a fonctionné pendant 20 ans à satisfaction chez un employeur.

En conséquence, l'essentiel de la problématique de Monsieur V._____ se situe donc à l'extérieur du champs médical. Ici, les propos cités par lui-même, par son ancien médecin-traitant confirment cette vision des choses. Il découle de l'ensemble des réflexions et de notre pondération que l'assuré ne souffre pas d'une maladie psychiatrique grave et handicapante. Là aussi, il nous rejoint sur le fond ne parlant lui-même que d'une « *fragilité psychique* ».

En conséquence, il n'y a pour notre domaine aucune incapacité de travail de principe à retenir. A la limite, ensemble avec la notion de l'anxiété et de l'âge de l'assuré, on pourrait admettre une légère diminution de son rendement, de l'ordre d'un 20 % par rapport à un sujet jeune. Autrement dit, les difficultés d'adaptation dont il était "accusé" par son employeur sont à intégrer dans cette notion de diminution de rendement.

Comme évoqué, le volet rhumatologique reste ouvert avec un léger point d'interrogation; si besoin est, il faudrait demander une courte évaluation à l'extérieur."

Dans un rapport d'examen du 10 octobre 2006, le Dr H._____ du SMR, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr G._____, a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 80 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, et ce depuis le mois de septembre 2003. Ce médecin précisait qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique et de perturbation de l'environnement psychosocial, le trouble somatoforme douloureux n'était pas considéré comme une maladie invalidante.

L'OAI a dès lors soumis à l'assuré un projet de décision du 25 octobre 2006, dans le sens du rejet de sa demande de prestations.

L'intéressé, désormais représenté par l'avocat Roberto Izzo, s'est déterminé sur ce projet de décision par courrier du 15 janvier 2007,

faisant en substance valoir qu'il n'avait été tenu aucun compte des observations du Dr F. _____ et de la Dresse S. _____, ancien médecin traitant et actuel psychiatre, lesquels avaient conclu à une incapacité totale de travail et dont les rapports infirmaient sur plusieurs points importants les conclusions de l'expert G. _____; il était relevé que le projet de décision de l'office n'exposait pas les motifs pour lesquels les constatations de ces médecins n'étaient pas retenues. En outre, l'état dépressif présenté par l'assuré, qui durait depuis plusieurs années sans signes d'amélioration, n'avaient pas été pris en compte dans le projet de décision, et les rapports au dossier ne renseignaient en rien sur la problématique rhumatologique, alors même qu'il se plaignait de douleurs invalidantes depuis le début de son affection; une expertise interdisciplinaire était dès lors requise, l'intéressé estimant également opportun d'interpeller son psychiatre et son médecin traitant, afin de réactualiser les données médicales. Enfin, le projet de décision ne prenait pas davantage en compte le fait que l'employeur de l'assuré avait conclu sans réserve à une invalidité, appréciation qui était, selon l'assuré, de nature à influencer la décision de l'OAI.

Interpellée par l'office, la Dresse S. _____ a établi un rapport le 30 mars 2007, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, dépressive et anxieuse, chronifié (F43.22) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) - les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) et de boulimie atypique ((F50.3), également retenus, étant réputés sans répercussion sur sa capacité de travail. Ce psychiatre, qui indiquait que l'état de santé de l'intéressé allait s'aggraver "*en fonction des facteurs de stress*", estimait que l'on pouvait espérer un soulagement des symptômes et un intérêt pour une petite activité bénévole, dans la mesure où les facteurs de stress n'étaient pas trop nombreux ou intenses, mais que l'on ne pouvait pas espérer une quelconque restauration de la capacité de travail, réputée nulle dans toute activité en raison de la "*persistance de l'état maladif invalidant*".

Egalement interpellé, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie inflammatoire, médecine physique et hydrothérapie et médecin chef de Centre thermal [...], a indiqué dans un rapport du 20 avril 2007 avoir été consulté en décembre 2006 par l'assuré, à la demande de son médecin traitant. Etaient retenus comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de rachialgies diffuses sur troubles statiques, dysfonctions intervertébrales mineures et état tensionnel, ainsi que de polyarthralgies d'étiologie indéterminée sans évidence d'une atteinte rhumatismale inflammatoire. Le Dr K._____ concluait, sur le plan strictement somatique, à une capacité de travail résiduelle pleine et entière dans toute activité permettant les mesures d'épargne rachidienne, respectivement ne nécessitant ni position à genoux, ni inclinaison du buste, ni position accroupie, ni travail en hauteur ou sur une échelle, ni port de charges d'un poids supérieur à 10 kg, et permettant l'alternance des positions assise et debout; il précisait qu'il avait proposé au médecin traitant de l'assuré différents examens complémentaires, et que, dans l'hypothèse où ces derniers avaient été réalisés et avaient mis en évidence des lésions spécifiques, il conviendrait de tempérer son avis en conséquence.

Dans un avis du 12 juin 2007, le Dr H._____ du SMR a exposé ce qui suit:

"Les rapports médicaux fournis par l'assuré à l'appui de sa contestation appellent les commentaires suivants:

1. Rapport de la Dresse S._____, 30.3.2007 : les diagnostics retenus sont les mêmes que précédemment (rapport du 16.6.2004). Le trouble de la personnalité figure maintenant sous la rubrique des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Elle fait état d'une aggravation de l'état de santé « en fonction des facteurs de stress ». Elle relate que la relation de couple est stable ; l'assuré soutient sa sœur malade. Il est soigné de sa personne et se montre tonique pour défendre ses intérêts.

Ce tableau ne concorde pas avec l'image d'un homme présentant de graves perturbations psycho-sociales dans tous les domaines de l'existence.

Il convient encore de rappeler que le trouble de l'adaptation est par définition réactionnel. En l'occurrence, l'assuré a présenté un trouble de l'adaptation suite à un conflit sur son lieu de

travail en 2003. Après la suppression du facteur de stress, ce trouble s'est amélioré pour faire place, selon le Dr G._____, à un autre trouble anxieux mixte ne justifiant pas d'incapacité de travail.

La position de la Dresse S._____ n'est en fin de compte qu'une appréciation différente d'une situation identique.

2. Rapport du Dr K._____, 20.4.2007 : le Dr K._____ retient des rachialgies diffuses sur troubles statiques, dysfonctions intervertébrales mineures et état tensionnel, ainsi que des polyarthralgies d'étiologie indéterminée sans évidence d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Il précise que l'activité professionnelle reste exigible à 100 %, pour autant qu'elle permette les mesures d'épargne rachidienne. De toute évidence, l'activité de contrôleur des impôts satisfait à cette exigence.

Compte tenu de ce qui précède, on peut affirmer que ces deux rapports ne sont pas de nature à modifier notre position."

Par décision du 5 décembre 2007, l'OAI a dès lors confirmé son projet de décision du 25 octobre 2006, dans le sens du rejet de la demande de prestations déposée par l'assuré. Dans la motivation de cette décision, par courrier du même jour, l'office a repris à son compte les remarques figurant dans l'avis du SMR du 12 juin 2007, et conclu, comme le Dr H._____, que les rapports établis le 30 mars 2007 par la Dresse S._____ et le 20 avril 2007 par le Dr K._____ n'étaient pas de nature à modifier sa position.

B. V._____ a formé recours contre cette décision par acte du 20 janvier 2008, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui était octroyée, subsidiairement à son annulation avec pour suite le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Résumant ses différents moyens, l'intéressé a exposé ce qui suit:

"Les griefs du recourant à l'encontre de la décision litigieuse

Le recourant considère en substance que c'est à tort que l'OAI a considéré que les conditions du droit à la rente de l'assurance-invalidité n'étaient pas remplies en l'espèce. Il reproche également à l'Autorité intimée d'avoir fait une lecture partielle des rapports médicaux établis par le psychiatre et le rhumatologue du recourant et, d'une manière générale, d'avoir procédé à une instruction lacunaire et incomplète de son dossier, notamment en statuant

tacitement sur le taux d'invalidité sans procéder à une comparaison des revenus.

Le recourant estime en particulier que l'Office intimé n'a pas tenu compte des constatations répétées des divers médecins consultés par le recourant, pour ne retenir que l'appréciation de l'expertise médicale qu'elle avait elle-même diligentée auprès du Dr G. _____, reprise telle quelle par le rapport d'examen SMR Suisse romande du 10 octobre 2006.

Par ailleurs, le recourant estime que la décision querellée réalise le risque de jugement contradictoire puisqu'il a été mis au bénéfice d'une rente entière auprès de la Caisse de pensions de son ancien employeur, au motif d'une invalidité totale qui lui a été reconnue sans réserve."

Le recourant a développé ces différents moyens, et requis la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante visant à déterminer les troubles actuels dont il souffrait, ainsi que sa capacité résiduelle de travail, sur les plans tant somatique que psychiatrique.

Dans sa réponse du 25 février 2008, l'OAI a derechef soutenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr G. _____, et proposé le rejet du recours.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives lors d'un second échange d'écritures.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieux en l'espèce le degré d'invalidité présenté par le recourant, partant son droit à l'octroi d'une rente.

3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être

exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, les valeurs approximatives ainsi obtenues étant ensuite comparées. Une telle évaluation ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut, le cas échéant, également suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310, consid. 3a et les références; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.1).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (TF 9C_701/2009 du 1er mars 2010, consid. 3.2.2 et les références).

c) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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 plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007, consid. 1.3 *in fine*). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient 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 (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2); le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ainsi ôter toute valeur à la première, dans la mesure où le rôle d'un expert consiste précisément à apporter un regard neutre (TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 43.). On ne saurait par ailleurs 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 (cf. TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008, consid. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2 et les références).

4. En l'espèce, l'office intimé a en substance retenu, en se référant aux conclusions de l'expertise réalisée par le Dr G._____, que la capacité de travail du recourant était de 80 % tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée à ses atteintes, de sorte que son degré d'invalidité ne lui ouvrait pas le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'intéressé conteste cette appréciation, invoquant les avis du Dr F._____ et de la Dresse S._____.

a) Il y a lieu de relever d'emblée que les affections présentées par le recourant sur le plan somatique ne sont pas de nature à entraîner une diminution de sa capacité de travail dans son activité habituelle de contrôleur des impôts, compte tenu des observations du Dr K._____ (rapport du 20 avril 2007). En effet, ce médecin a retenu les diagnostics de rachialgies diffuses sur troubles statiques, dysfonctions intervertébrales mineures et état tensionnel, ainsi que de polyarthralgies d'étiologie indéterminée sans évidence d'une atteinte rhumatismale inflammatoire; il a conclu à une capacité de travail pleine et entière dans toute activité réputée adaptée à ses atteintes, soit ne nécessitant ni position à genoux, ni inclinaison du buste, ni position accroupie, ni travail en hauteur ou sur une échelle, ni port de charges d'un poids supérieur à 10 kg, et permettant l'alternance des positions assise et debout. Comme le relève à juste titre le Dr H._____ du SMR dans son avis du 12 juin 2007, l'activité de contrôleur des impôts est manifestement adaptée à ces limitations fonctionnelles, de sorte que, sur le plan strictement somatique, la capacité de travail du recourant n'est pas entamée dans l'exercice de son activité habituelle.

b) Sur le plan psychique, force est de constater qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert G._____, dont le rapport du 14 septembre 2006, complet et dûment motivé, remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante. En particulier, le Dr G._____ expose de façon convaincante les motifs pour lesquels il

s'est écarté de l'appréciation des médecins consultés par l'intéressé, singulièrement de la Dresse S._____, à savoir en substance que les rapports de ces médecins font davantage état de visions subjectives déposées par le recourant que d'observations extérieures, respectivement que le pronostic très sombre, dans le sens d'une incapacité de travail durable, ne pouvait s'expliquer objectivement par le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, atteinte par définition transitoire. Ainsi, la Dresse S._____ expose dans une annexe à son rapport du 16 juin 2004 que "*le sentiment de préjudice est tel qu'il semble que la blessure ne pourra jamais se cicatriser*" (elle évoque également, dans la rubrique consacrée aux constatations objectives de son rapport du 30 mars 2007, le "*sentiment de préjudice persistant*" de l'intéressé) – un tel "sentiment" de la part d'un assuré ne pouvant à l'évidence, en l'absence d'atteinte objectivable (cf. art 7 al. 2 LPGA), justifier en tant que tel une diminution de sa capacité de gain. Au demeurant, la Dresse S._____ ne fait état d'aucun élément objectif dont le Dr G._____ n'aurait pas tenu compte, et n'a aucunement motivé, sinon précisément par le ressenti de l'intéressé, le caractère contradictoire de son pronostic sans appel au regard d'atteintes par définition transitoires; elle n'a pas non plus exposé comment le recourant, à admettre l'existence d'un trouble de la personnalité – trouble qui se trouve au surplus relégué, dans son rapport du 30 mars 2007, dans les atteintes réputées sans répercussion sur la capacité de travail –, a pu fonctionner pendant 20 ans à satisfaction chez un employeur, et ce dans une activité impliquant notamment la résolution des conflits avec l'ensemble des contribuables de la région.

On ne saurait en outre admettre, contrairement à ce que soutient le recourant, que son état de santé se serait aggravé sur le plan psychique depuis la date de l'expertise réalisé par le Dr G._____. Dans son rapport du 30 mars 2007, la Dresse S._____ retient ainsi le même tableau diagnostic que dans son précédent rapport du 16 juin 2004, reléguant par ailleurs, comme déjà relevé, le diagnostic de trouble mixte de la personnalité dans les atteintes réputées sans répercussion sur la capacité de travail; ce psychiatre n'indique pas, au demeurant, que l'état

de santé de l'intéressé s'est aggravé, mais bien plutôt qu'il s'aggrave en fonction des facteurs de stress. Au surplus, le traitement entrepris par la Dresse S._____ tel que décrit dans son dernier rapport du 30 mars 2007, sous la forme d'une médication anti-dépressive et anxiolytique (avec somnifères "en réserve") ainsi que d'un suivi psychothérapeutique à raison d'une séance toutes les 6 semaines en moyenne seulement, n'est pas davantage de nature à rendre vraisemblable une aggravation significative de son état de santé psychique.

Dans ces conditions, soit en l'absence d'élément objectif dont le

Dr G._____ n'aurait pas tenu compte et qui serait de nature à remettre en cause son appréciation, il n'y pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée le 14 septembre 2006, compte tenu de la jurisprudence relative à la valeur probante des rapports établis par des médecins consultés par un assuré (cf. consid. 3c *supra*; s'agissant spécifiquement de la valeur probante d'un avis émis par un médecin traitant ayant entrepris une psychothérapie de l'assuré, cf. ATF 124 I 170, consid. 4). On retiendra ainsi que le recourant a présenté, en septembre 2003, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, trouble qui s'est par la suite transformé en autres troubles anxieux mixtes, catégorie mineure du registre anxieux, fluctuant et influençable, occasionnant tout au plus une diminution de rendement de l'ordre de 20 % - l'essentiel de la problématique actuelle de l'intéressé se situant à l'extérieur du champs médical.

Le dossier tel que constitué étant suffisamment complet pour permettre à l'autorité de céans de statuer, il n'y a pas lieu de faire droit à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instructions complémentaires sur le plan médical.

c) Dans son acte de recours, l'intéressé soutient également que "*l'ensemble des médecins qui [l']ont examiné (...) ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant*", et fait grief à l'OAI, à tout le moins implicitement, de n'avoir pas examiné, en application des critères

dégagés à cet égard par la jurisprudence, si l'atteinte en cause conduisait à une incapacité de travail.

En premier lieu, le diagnostic en cause n'a pas été retenu par l'expert G._____, mais uniquement par la Dresse S._____ - le Dr F._____ évoquant également le diagnostic voisin de "*syndrome de fibromyalgie*" -, de sorte que, s'agissant d'une atteinte relevant de la sphère psychiatrique (cf. ATF 130 V 396; TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 3.2), on peut déjà douter de son existence dans le cas d'espèce. Le diagnostic de polyarthralgies d'étiologie indéterminée, posé par le Dr K._____ sur le plan somatique et n'impliquant aucune incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, semble à cet égard plus pertinent. Peu importe au demeurant, dès lors que, quoiqu'il en soit, il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible, et que le caractère exigible de cet effort de volonté doit en l'espèce être admis (cf. ATF 130 V 352). En effet, il résulte des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr G._____ que le recourant ne souffre d'aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; en outre, l'intéressé ne présente ni affection corporelle chronique significative (cf. le rapport établi le 20 avril 2007 par le Dr K._____), ni processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ni état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique (le Dr G._____ ayant précisément constaté une évolution du trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive en autres troubles anxieux mixtes, cette dernière atteinte étant de moindre gravité). On ne saurait par ailleurs retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la distance sociale et l'isolement du recourant relevant, selon le Dr G._____, également d'un choix, d'une part, et l'intéressé ayant préservé des relations tout à fait fonctionnelles, notamment sa relation de couple ainsi que l'engagement envers sa sœur, comme en ont attesté l'ensemble des médecins consultés, d'autre part.

En conséquence, même à admettre l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, respectivement d'une atteinte de type fibromyalgie, dans le cas d'espèce, il y aurait lieu de retenir que l'intéressé dispose, eu égard également aux différents critères posés par la jurisprudence, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, de sorte que le trouble en cause serait réputé sans répercussion sur sa capacité de travail.

d) Le recourant fait encore grief à l'office intimé de n'avoir tenu aucun compte du fait que la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud lui a octroyé des prestations fondées sur une invalidité totale, et soutient que l'OAI aurait dû prendre conseil auprès de cette caisse de pension, en particulier auprès de l'adjoint au médecin cantonal.

Ce raisonnement ne saurait être suivi. D'une part en effet, le Dr D._____, médecin cantonal adjoint, spécialiste en médecine générale et non en psychiatrie, s'est contenté de faire siennes les conclusions de la Dresse S._____, respectivement de reprendre à son compte, tels quels, les diagnostics posés par ce dernier médecin - et ce antérieurement à l'expertise ordonnée par l'OAI. Or, comme déjà relevé (cf. consid. 4b *supra*), les observations et conclusions de la Dresse S._____ ne résistent pas à la critique du Dr G._____. D'autre part, l'avis du Dr D._____ ne saurait lier l'assurance-invalidité, dès lors que les conditions régissant l'octroi de prestations au sens de l'art. 54 LCP ne sont pas identiques à celles auxquelles est soumis le droit à une rente d'invalidité au sens de l'art. 28 LAI (cf. TF I 442/04 du 12 juillet 2005, consid. 3.1).

e) Enfin, le recourant fait grief à l'OAI d'avoir omis de calculer sa capacité de gain résiduelle, la décision querellée se limitant à fonder le refus de prestations au motif que l'intéressé n'aurait jamais présenté une incapacité de travail supérieure à 20 pour-cent.

Ce grief est également infondé. En effet, dès lors que l'activité habituelle du recourant est réputée adaptée aux limitations fonctionnelles

induites par ses atteintes, son degré d'invalidité se confond avec son degré d'incapacité de travail, sans qu'il soit nécessaire à cet égard de déterminer avec précision ses revenus avec et sans invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 et TF 9C_900/2009 précités).

5. Compte de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. 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.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient de mettre un émolument judiciaire arrêté à 400 fr. à la charge du recourant.

b) Il n'y pas lieu d'allouer d'indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 5 décembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de V._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Roberto Izzo, à 1002 Lausanne (pour V._____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :