

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 octobre 2009

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M. Dind et Mme Rossier, assesseur  
Greffier     :     Mme     Rouiller

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 6, 8 LPGA; 4 al.1<sup>er</sup>, 29 al.1bis LAI; 2 al.1 TFJAS**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ ressortissant du Kosovo, né le 12 septembre 1970, marié, père de trois enfants, agriculteur de formation, souffrait d'une hypoacousie gênante à droite ainsi que d'un acouphène sévissant depuis plus d'un an à gauche lorsqu'il est arrivé en Suisse en 1999 (cf. les rapports du Service d'oto-rinno-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHUV; en particulier celui du 29 octobre 2002 établi par le Dr A.\_\_\_\_\_médecin associé, et la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin assistante). Le 14 janvier 2003, il a demandé à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) de prendre en charge un appareil acoustique. Cette demande a été acceptée par décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 7 décembre 2004 à ce jour en force.

**B.** Le 11 mai 2004, l'assuré a déposé une nouvelle requête de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en indiquant souffrir de "problèmes psychiatriques et somatiques" sévissant depuis son arrivée en Suisse.

Selon le questionnaire de l'employeur du 27 octobre 2004, l'intéressé a été engagé le 25 septembre 2000 par la Blanchisserie du C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_ ou l'employeur) comme "employé de blanchisserie", avant d'être licencié le 30 novembre 2001 pour des raisons économiques. Chez C.\_\_\_\_\_, il s'occupait de la confection d'armoires "pour livraison aux clients", à raison de 8h 30 par jour, 5 jours par semaine et gagnait un salaire horaire moyen de 15 fr. 40.

Dans un rapport médical établi à l'attention de l'OAI et signé le 9 juin 2004, le Dr D.\_\_\_\_\_médecine générale, à O.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics d'"état de stress post-traumatique (F 43.9) ainsi que de trouble somatoforme douloureux (F45.9) existant depuis 1999 ???". En outre, il a mentionné que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que l'incapacité de travail totale sévissait

depuis le 25 septembre 2002, le patient souffrant également de douleurs dans la nuque et à l'arrière des épaules, d'acouphènes, ainsi que d'un problème hémorroïdaire traité efficacement par une opération effectuée en septembre 2002. Un soutien psychothérapeutique et un suivi par le médecin de famille semblaient nécessaires. Pour le surplus, les documents suivants étaient annexés au rapport :

- Un rapport de l'Institut d'imagerie médicale Caroline SA, à Lausanne, établi le 29 octobre 2001 par le Dr E. \_\_\_\_\_ montrant une anomalie de la segmentation vertébrale avec une sacralisation de L5 complète à droite, partielle à gauche avec une néoarticulation transversaire, sans pincement discal significatif;

- une lettre du 3 juin 2002 rédigée par le Dr F. \_\_\_\_\_, dans laquelle il notait que :

(...) La symptomatologie semble avoir commencé (après avoir dû déplacer seul plusieurs armoires lourdes de 50 à 80 kg) au niveau de la nuque, faisant progressivement tache d'huile vers la région lombaire en ceinture puis pratiquement de façon diffuse aux deux membres inférieurs. Notion d'impulsivité occasionnelle au Valsalva à la défécation, qui provoque des paresthésies. Augmentation de la douleur après 30 minutes de marche, insomnie occasionnelle suivant un réveil postural, augmentation de la douleur à la montée. Non handicapante mais douloureuse dans les activités de la vie quotidienne, gêne posturale occasionnelle en véhicule, posturale et totale dans l'activité sexuelle. Traitement médicamenteux et physiothérapie passive (...) inefficace. Le patient admet cependant une amélioration d'environ 30 % de la symptomatologie depuis l'arrêt de travail. Son vécu du problème consiste en une notion de « pièce manquante » au niveau de sa colonne (...);

- un rapport médical du CHUV du 19 juillet 2002 (Dr. F. \_\_\_\_\_, Service de rhumatologie, Médecine physique et réhabilitation), selon lequel :

" (...) l'essentiel de la symptomatologie (...) consiste en une douleur pratiquement universelle plutôt de caractère mécanique et n'évoquant pas une pathologie inflammatoire. A l'examen physique (...) hormis les signes de surmenage musculaire particulièrement dans le domaine du rachis dans un contexte de dysbalances globales, et surtout de déconditionnement physique, je ne constate

rien de particulier. (...) Un interrogatoire plus sélectif met en évidence des traits nets en faveur d'un état dépressif qui justifierait une investigation psychologique spécialisée afin de déterminer le type de traitement qui serait justifié dans son cas. En effet, le cas est suffisamment compliqué pour ne pas risquer de l'aggraver davantage.(...).

- un rapport d'examen du 17 mars 2003 du CDP. \_\_\_\_\_ signé par les Drs G. \_\_\_\_\_, chef de clinique et H. \_\_\_\_\_, médecin assistante, qui ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique (F43.1), d'épisode dépressif majeur (F322), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et précisé que le patient n'avait pas d'antécédent psychiatrique :

(...)

Il s'agit d'un patient kosovare, qui est arrivé en Suisse il y a 3 ans, après avoir vécu une confrontation traumatisante avec les Serbes. B. \_\_\_\_\_ signale au premier plan des plaintes somatiques, avec d'une part des acouphènes qui troublent son sommeil et une perte de l'acuité auditive qu'il met sur le compte des bombardements qu'il a vécus au Kosovo, et d'autre part des dorsalgies apparues progressivement vers 2001 et qui se sont rapidement avérées invalidantes. Bien qu'il n'en parle pas spontanément, le patient présente par ailleurs une importante symptomatologie anxio-dépressive sous la forme d'une importante baisse de la thymie avec pleurs fréquents dès qu'il est seul, d'un découragement face à sa situation, d'une baisse de l'élan vital, d'inappétence et d'une anxiété permanente. B. \_\_\_\_\_ se sent hanté par les souvenirs de la guerre, de son père qui a été tué en 1999, et de son voyage pénible depuis le Kosovo par l'Italie et jusqu'en Suisse. Il présente des réminiscences de ces événements sous la forme de flashes qui surviennent surtout le soir et de cauchemars. Il se sent en permanence aux aguets, il a constamment peur qu'un malheur lui arrive. Lorsqu'il regarde la télévision, il change immédiatement de chaîne lorsque ce qu'il voit lui rappelle la guerre, en raison d'une réaction anxieuse insupportable.

(...)

En Suisse, B. \_\_\_\_\_ a travaillé comme magasinier à (...), travail qu'il aimait beaucoup mais qui était très physique et dans l'activité duquel il s'est bloqué le dos à plusieurs reprises. Il a perdu ce travail en décembre 2001, a par la suite eu une activité subventionnée à Espérance, qu'il a dû interrompre également en novembre 2002 en raison de ses dorsalgies. Il est actuellement sans activité professionnelle.

(...)

Il s'agit donc d'un jeune patient de 32 ans qui a vécu une série d'événements traumatisants dans son pays, et qui présente actuellement un état de stress post-traumatique qui se trouve à notre sens au premier plan du tableau clinique. Parallèlement à cela, une symptomatologie dépressive s'est développée et trouve également son expression dans des dorsalgies invalidantes.

(...)

La discussion avec le patient se centre rapidement sur des dorsalgies qui sont apparues progressivement en 2001 lorsqu'il avait une activité de magasinier assez pénible où il devait simultanément tirer et pousser de lourds chariots. B.\_\_\_\_\_ déclare avoir beaucoup aimé ce travail, qui lui permettait d'assurer un revenu à sa famille, et ce n'est qu'à contrecœur qu'il a dû abandonner cette activité en raison de dorsalgies de plus en plus invalidantes. Malgré le repos, l'intensité de celles-ci est restée constante jusqu'à ce jour, sans que l'on n'ait pu mettre en évidence aucune lésion organique. Ces douleurs engendrent une souffrance cliniquement significative et une importante altération du fonctionnement professionnel et social. De plus, des facteurs psychologiques ont vraisemblablement joué un rôle important dans l'évolution de ce symptôme, eu égard au parcours dramatique de ce patient qui a vécu les horreurs de la guerre et se retrouve à la tête d'une famille traumatisée (il décrit d'importants troubles psychiques chez son épouse) en un pays étranger. Ces éléments suggèrent le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant qui peut être compris comme l'expression somatique d'un trouble dépressif. Lorsqu'on l'interroge à ce sujet, B.\_\_\_\_\_ décrit une importante symptomatologie dépressive, pleure durant l'entretien et se montre totalement découragé. Ces symptômes sont apparus insidieusement en même temps que les dorsalgies et ils évoquent un épisode dépressif majeur.

(...)

le patient aurait besoin avant tout d'un espace de parole dans lequel il puisse exprimer ses souffrances et les voir reconnues. Il nous a d'ailleurs lui-même fait part de son souhait de pouvoir parler de son vécu. On pourrait d'autre part envisager l'introduction d'un traitement antidépresseur, qui devrait permettre d'obtenir un effet favorable à la fois sur la symptomatologie dépressive et somatique. Compte tenu de l'histoire particulière de ce patient, nous l'avons présenté à la Dresse I.\_\_\_\_\_ d' [...], qui a posé l'indication à une prise en charge spécialisée dans cette institution. B.\_\_\_\_\_ se dit très satisfait de pouvoir bénéficier d'un suivi auprès d'un psychiatre d' [...], tout en continuant d'être suivi (...) pour tout ce qui concerne la sphère somatique. (...).

Dans un rapport médical du 6 août 2004, les thérapeutes d' [...] (la Dresse I.\_\_\_\_\_ et Mme J.\_\_\_\_\_, psychologue) ont constaté que leur patient était totalement incapable de travailler depuis le mois de novembre 2002. Ils ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F32.2) sévissant depuis le début de l'année 1999, d'épisode dépressif majeur (F32.1), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) sévissant depuis 2001 et ont précisé que ces troubles influençaient la capacité de travail. Pour le surplus, ils ont encore relevé ce qui suit au sujet de l'état physique et psychique du patient :

(...)

Le contenu du discours est centré sur les douleurs physiques qui l'ont obligé, à contrecœur d'abandonner son activité professionnelle et sur la persistance, même au repos, de ces douleurs. L'évocation des événements subis durant la guerre, de même que la mort du père dont le cadavre demeure sans sépulture provoquent des pleurs qu'il tente de réfréner. On relève (...) des symptômes témoignant d'un état de stress post-traumatique chronique survenu après qu'il ait été exposé aux événements traumatisants de la guerre. Sa réaction à ces événements s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur, et il présente actuellement des souvenirs répétitifs et envahissants de ce vécu qui provoque un sentiment de détresse, il fait des cauchemars dans lesquels il voit son père mort et, d'une manière générale, il présente un état d'hypervigilance, redoutant constamment une nouvelle catastrophe. De plus, le patient fait des efforts pour éviter tout ce qui pourrait lui rappeler la guerre (conversations, télévision). Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique. Le patient ne prend pas de toxiques.

(...)

Ce patient présente donc des dorsalgies qui sont apparues progressivement en 2001 lorsqu'il avait une activité de magasinier assez pénible physiquement, avec la survenue d'un événement critique (accident de travail au cours duquel il a risqué de se faire écraser par un chargement et a pensé qu'il allait mourir). Malgré le repos, l'intensité des douleurs est restée constante jusqu'à ce jour, sans que l'on n'ait pu mettre en évidence aucune lésion organique. Ces douleurs engendrent une souffrance cliniquement significative et une importante altération du fonctionnement professionnel et social. De plus, des facteurs psychologiques ont de toute évidence joué un rôle important dans l'évolution de ce symptôme, eu égard au parcours dramatique de ce patient qui a vécu les horreurs de la guerre et se retrouve à la tête d'une famille traumatisée. Ces éléments suggèrent le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant qui peut être compris comme l'expression somatique d'un trouble dépressif, dans le cadre d'un tableau clinique duquel domine à notre sens un état de stress post-traumatique chronique. Du point de vue thérapeutique, une prise en charge psychothérapeutique est en cours, centrée sur les symptômes post-traumatiques et l'élaboration de deuils compliqués. Au vu de la lourdeur des symptômes, cette prise en charge est à envisager sur une longue durée, en raison également de la concurrence d'un état dépressif majeur. Ceci dit, notre pronostic est plutôt favorable face à ce patient encore jeune qui présente une bonne capacité d'introspection et une réelle volonté de dépasser ses difficultés afin de parvenir à vivre plus sereinement et à s'occuper adéquatement de sa famille. Dans ce sens, on pourrait envisager une réadaptation professionnelle dans une activité dans un premier temps peu exigeante physiquement et qui n'ait aucun caractère de mise en danger, afin d'éviter dans la mesure du possible du reviviscences traumatiques.

Par avis médical du 6 juin 2005, le Service médical régional AI (ci-après : SMR, (Dr K.\_\_\_\_\_) a estimé qu'un examen rhumatopsychiatrique était nécessaire pour déterminer le caractère invalidant ou

non des atteintes à la santé définies par les praticiens du CDP.\_\_\_\_\_ et d' [...], ainsi que pour déterminer à quand remontent les troubles.

L'assuré a été examiné dans le cadre du SMR par la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation. Dans son rapport d'examen rhumatologique du 20 mars 2006, la praticienne n'a retenu aucun diagnostic influençant la capacité de travail sur le plan somatique, après avoir fait les constatations suivantes au sujet de l'état ostéo-articulaire du patient (cf.p.3) :

(...)

L'assuré est bien assis pendant l'entretien, il se déplace d'un pas symétrique, sans boiterie. Il se déshabille/rhabille sans difficulté. Les mouvements spontanés sont amples, il n'y a aucun signe non verbal de douleur pendant l'entretien et l'examen.

*Rachis:* bassin équilibré, pas de scoliose visible. Léger relâchement de la sangle abdominale (...). Mobilité cervicale complète en position couchée, diminuée pour l'inclinaison latérale et la rotation droite active à cause des douleurs, ressenties aussi lors de la flexion-extension. (...). Mobilité dorsale complète et indolore. Mobilité lombaire complète et harmonieuse, mais douloureuse dans toutes les directions, ressenties tout le long de la colonne lors de la flexion-extension et dans la partie gauche du tronc pour l'inclinaison latérale. Musculature cervico-scapulaire et para-vertébrale dorso-lombaire bien développée, non contracturée, douloureuses à la palpation à gauche. Toutes les apophyses épineuses, de la tête au sacrum, sont douloureuses à la palpation. Articulations sacro-iliaques bien mobiles.

*Membres supérieurs:* bonne mobilité de toutes les grandes articulations. La mobilisation des épaules provoque des douleurs au côté latéral du thorax plus marqué à gauche. La mobilisation des coudes provoque des douleurs soit au bras soit au coude, plus marquée à gauche. (...). Le test de *palm-up* provoque des douleurs à la nuque. Douleurs à la palpation des épicondyles, plus marquée à gauche, et de toutes les parties molles du bras gauche.

*Membres inférieurs:* bonne mobilité des toutes les grandes articulations. L'extension des hanches provoque des douleurs au bas du ventre, la mobilisation des genoux au dos et la mobilisation des chevilles aux mollets. Genoux calmes, stables, pas d'épanchement, pas de signe du rabot. Pieds creux ddc, hallux valgus à droite. Douleurs à la palpation du trochanter ddc, de la patte d'oie gauche et diffusément de toute la musculature de la jambe, plus marquée à gauche. L'assuré peut marcher sur les talons accusant des douleurs au talon plus marquées à gauche, sur les pointes des pieds sans difficultés avec douleurs un peu partout. Il s'accroupit sans difficulté mais dit avoir mal aux genoux, il s'agenouille complètement avec des douleurs au dos des pieds. Il se relève en passant par la position accroupie. (...).

Sur la base de ses observations, singulièrement du statut ostéo-articulaire décrit, le SMR (Dresse L.\_\_\_\_\_) a estimé que la capacité

de travail exigible était totale dans l'activité habituelle comme dans un travail adapté, dès lors qu'il n'y avait aucun élément ostéo-articulaire objectif pour justifier une incapacité de travail totale ou partielle. L'activité adaptée devait toutefois respecter les limitations fonctionnelles liées à la surdité et à l'hypoacousie appareillée, soit un environnement pauvre en bruit et l'évitement d'une activité exigeant une ouïe complète. Fort de ses constatations, le SMR s'est écarté de l'avis du médecin traitant, le Dr. \_\_\_\_\_, qui constatait une incapacité totale de travail dès le 23 octobre 2002; il a estimé que, d'un point de vue somatique, il n'y avait pas de raison ostéo-articulaire objective expliquant une telle incapacité de travail, incapacité que seule une éventuelle atteinte psychiatrique (  investiguer) pourrait causer. Au moment du rapport, l'assuré souffrait également de plusieurs atteintes sans influence sur la capacité de travail, soit d'une scoliose   convexité droite dorsolombaire, des pieds creux avec un hallux valgus droit, une surdité mixte à gauche, totale à droite, appareillée, un statut post-opération de tympan perforé en 1991-1992, une amygdalectomie dans l'enfance, un status post cure d'hémorroïde en 2002, ainsi qu'un status post-opération au dos en 2001 (probable excision d'un kyste infecté).

Dans un rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 6 décembre 2006 signé par la Dresse L.\_\_\_\_\_ prénommée et par la Dresse M.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, le SMR a noté que la capacité de travail de l'assuré était totale dans l'activité habituelle d'employé de blanchisserie, comme dans une activité adaptée qui respecterait les limitations fonctionnelles liées aux troubles auditifs déjà décrites le 20 mars 2006. Il n'a retenu aucun diagnostic influençant la capacité de travail et a constaté que les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail étaient les même qu'en mars 2006. Pour le surplus, les indications suivantes ont encore été données (cf. p. 5) :

(...)

*Vie quotidienne*

L'assuré vit avec sa mère, son épouse et leurs 3 enfants, dans un appartement locatif de 3 pièces, sis à O.\_\_\_\_\_. L'assuré se plaint de la petitesse et de la vétusté de cet appartement, il a demandé à la FAREAS d'en obtenir un plus grand et plus récent, il espère au moins une rénovation avant la fin de l'année. Dans la situation actuelle, l'épouse de l'assuré travaille 2 à 3 jours par semaine au

P. \_\_\_\_\_ (Bussigny). Elle a débuté cette activité il y a 3 mois environ. Elle n'avait jamais précédemment travaillé. Le matin, l'assuré se lève à 7h00, déjeune et prépare les enfants pour qu'ils aillent à l'école. Il les accompagne à pied, puis durant la matinée rentre au domicile et s'occupe de son fils cadet. Il se couche sur le canapé du salon et regarde parfois la télévision, Il écoute de la musique "pour améliorer son état". Il regarde des programmes en français ou en albanais. L'assuré apprécie les émissions de sport, il a joué au football au Kosovo durant sa jeunesse. En fin de matinée, son épouse a préparé le repas de midi, la veille, si elle travaille durant la journée. L'assuré mange avec sa mère et ses enfants (...). L'après-midi, l'assuré s'occupe de ses enfants, regarde des dessins animés avec eux pour leur faire plaisir. Il sort pour ses rendez-vous médicaux, il n'a pas de voiture et n'a jamais conduit. Du point de vue de sa vie sociale et extrafamiliale, l'assuré se rend volontiers au centre "Mozaïk" : il y écoute de la musique, discute avec des connaissances ou regarde les productions artistiques (dessins et sculptures) réalisés par les divers membres de ce centre. Il s'est lié d'amitié avec plusieurs personnes de nationalités différentes. Il y boit volontiers un café et mange parfois sur place. En fin de journée, il retourne au domicile, son épouse cuisine le repas du soir qui sera pris en famille. Durant la soirée, l'assuré regarde la télévision ou reste en famille. Il se couche entre 22h00 et 23h00. En raison de son statut en Suisse, l'assuré n'a pas le droit de retourner au Kosovo. La famille a obtenu l'autorisation de se rendre en voyage en Allemagne pour voir sa famille il y a 2 ans environ. Les plaintes de l'assuré sont des insomnies, des douleurs à localisation variable suivant le moment de l'entretien, ainsi que des descriptions faisant souvent référence à l'électricité ou à la conduite automobile: l'assuré notamment formule "l'impression d'électricité dans le front, il lave son visage alors à l'eau froide". Il nous dit aussi avoir l'impression qu'il mourrait s'il restait au même endroit en mentionnant la vétusté de son appartement.

#### *Anamnèse psychosociale et psychiatrique*

L'enfance est empreinte de bons souvenirs; l'assuré s'entend très bien avec ses parents et sa fratrie. Sa mère le décrivait comme le plus calme de ses enfants. Il n'y aucune notion de traumatisme dans l'enfance. Du point de vue sentimental, l'assuré fait connaissance de son épouse à l'âge de 25 ans, il s'agit d'une femme issue de la même région que lui, née en 1983. Le couple se marie en 1998 donnant naissance à 3 enfants: une fille est née en 1999, qui suit l'école et est en bonne santé habituelle; un fils né en 2000, qui a souffert d'asthme dans le passé, actuellement il est en bonne santé habituelle. Le fils cadet est né en 2003, il est au domicile et présente quelques signes d'asthme. Lorsque son père décède dans le contexte de la guerre au Kosovo, l'assuré arrive en Suisse avec sa mère et son épouse le 26 juillet 1999. Il est au bénéfice d'un permis F. Quelques mois plus tard, il est engagé comme employé à la blanchisserie du Valdaou. Une notion de traumatisme est mentionnée par l'assuré, lorsqu'une armoire à linge, mal fixée, serait tombée contre lui. L'incident aurait eu lieu en été 2001. L'assuré a continué à travailler puis suite à une mise en arrêt de travail entre le 16 octobre et le 13 novembre 2001 en raison de douleurs dorsales, une tentative de reprise à 50% dans une activité adaptée se termine le 16 novembre 2001, l'assuré n'arrivant pas à travailler à nouveau. Un

licenciement lui est signifié pour le 30 novembre de la même année. Après avoir bénéficié durant 7 à 8 mois des prestations de l'assurance-chômage, l'assuré vit depuis lors des allocations fournies par la FAREAS. L'assuré n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Un suivi spécialisé vraisemblablement auprès d'une psychologue d [...] ( [...]) a lieu depuis 2002 à une fréquence variable, actuellement d'une fois par semaine.

(...)

*L'appréciation psychiatrique* met en évidence un assuré de bonne constitution psychique, dont les ressources sont parfaitement et largement présentes. Si les propos contenus dans ce rapport diffèrent de ceux des autres documents médicaux en notre possession, ils relèvent de la qualité des ressources de l'assuré : en effet celui-ci mentionne des symptômes pouvant concorder avec un certain tableau pathologique, mais celui-ci n'est pas du tout crédible. A ce titre, sa surdité actuellement efficacement appareillée (...), est d'origine bien plus ancienne que les bombardements (...) allégués dans les documents psychiatriques, puisque l'assuré présente des défauts de prononciations et des difficultés scolaires, tous deux évocateurs d'une surdité depuis l'enfance, celle-ci pourrait être expliquée par la forte exposition sonore d'un enfant participant sur scène à des concerts depuis l'âge de 6 ans.

Quant au rapport médical, signé le 6 août 2004 par la Dresse I. \_\_\_\_\_ d' [...], elle y fait mention d'un état de stress post-traumatique, d'un épisode dépressif majeur et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'état de stress post-traumatique n'a pas empêché l'assuré de travailler puisqu'il a exercé une activité professionnelle ultérieurement à l'événement stressant mentionné durant plus d'une année, il n'y a par ailleurs dans l'examen actuel, aucun signe d'état de stress post-traumatique, ni de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'épisode dépressif majeur n'a pas dû avoir une intensité importante puisque actuellement il n'y a aucun signe de dépression. Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu puisque l'assuré n'a pour ainsi dire aucune plainte douloureuse. Il s'agit d'un assuré qui mène une vie quotidienne tout à fait harmonieuse, s'occupe de ses enfants (qui sont par ailleurs tous nés bien après le traumatisme allégué (après l'arrivée en Suisse (n.d.r.)), et ne fait l'objet d'aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait être relevée.

L'assuré module ses propos en fonction des attentes présumées de son interlocuteur sans toujours se préoccuper de la réalité des faits.

L'accident professionnel allégué n'a non plus eu d'impact sur son psychisme, il n'en a semble-t-il même pas mentionné l'existence à son médecin traitant (...).

Les allégations de l'assuré ne sont pas crédibles, elles sont vraisemblablement motivées par une situation socio-économique précaire. Nous ne pouvons reconnaître cette dernière comme une atteinte invalidante à la santé. L'assuré n'est pas malade que ce soit du point de vue somatique ni psychiatrique, son état de santé pourrait lui permettre de travailler à plein temps.

*Sur le plan ostéo-articulaire*, on ne constate aucun changement par rapport à l'examen détaillé du 20.03.2006. L'assuré mentionne une perte de poids de l'ordre de 3-4 kg (BMI 26) et une augmentation des douleurs dans les bras. La localisation des

douleurs n'a pas changé, elle est quasiment ubiquitaire épargnant quelque peu le bras droit. L'estimation de leur intensité sur l'échelle visuelle analogue est actuellement entre un minimum de 5/10 et un maximum « à mourir » de 10/10 sur IEVA (7/10-9,5/10 en mars 2006). (...).

Sur la base de ces constatations, le SMR a conclu que la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique avait toujours été totale et qu'elle était complète sur le plan ostéo-articulaire. Au sujet de ce dernier point, il a relevé que l'état du patient était superposable à celui décrit dans le rapport du 20 mars 2006.

Dans un rapport d'examen du 29 janvier 2007, le SMR (Dr. K. \_\_\_\_\_) appréciant globalement la situation médicale de l'assuré, a constaté qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable médicalement justifiée et que l'intéressé ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante. Ces conclusions étaient étayées comme suit :

(...) les examens rhumatologique et psychiatrique n'ont permis de mettre en évidence aucune atteinte à la santé de nature à restreindre la capacité de travail. La présence de tous les signes de non organicité selon Waddell dénote une amplification des plaintes. Les critères diagnostiques du syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas réunis. Ce diagnostic ne peut donc pas être retenu. L'incapacité de travail n'est justifiée par aucune cause médicale. Par conséquent les conditions de l'art. 4 LAI et 8 al. 1 LPGA ne sont pas remplies (...)

Par projet de décision du 8 février 2007, l'OAI, se fondant principalement sur les constatations des médecins du SMR, a refusé de servir la rente sollicitée, en faisant valoir que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante au sens de l'AI. Pour le surplus, l'office intimé a relevé que l'atteinte à la santé alléguée par le médecin traitant - qui aurait débuté en 2002 - ne pouvait pas se justifier d'un point de vue médical.

Représenté par le Cabinet de Conseil Karaj, l'assuré s'est opposé le 8 mars 2007 à ce projet de décision dont il a demandé la reconsidération en se fondant sur l'avis de ses médecins traitants. Il a estimé avoir droit à une rente AI pour les motifs exposés ci-après :

(...) B. \_\_\_\_\_ a perdu complètement sa capacité de travail et les divers traitements médicaux se sont jusqu'ici soldés par des échecs malgré les nombreuses tentatives que le patient n'a pas refusées. Son état psychique est jugé sans évolution possible par ses médecins traitants et il souffre de désinsertion sociale et culturelle, partant - et contrairement à la conclusion à laquelle votre Office parvient - il faut admettre que les différents critères jurisprudentiels relatifs à une incapacité entière de travail sont en l'espèce remplis. Mon mandant a essayé dans toute manière d'exercer une activité adaptée à son état de santé. Malgré, sa bonne volonté et les efforts considérables, son revenu a considérablement diminué.

Par décision susceptible de recours du 10 janvier 2008, l'OAI a maintenu son refus de servir des prestations financières à l'intéressé, à défaut d'atteinte à la santé invalidante invalidante. Il a retenu ce qui suit à l'appui de sa position :

(...)  
Selon les conclusions de l'examen rhumatologique du 20 mars 2006, rien ne justifie objectivement une incapacité de travail, même pas partielle, dans son ancien emploi de blanchisseur ou dans une activité respectant son problème de surdité. Par conséquent d'un point de vue ostéo-articulaire, sa capacité de travail doit être considérée comme pleine et entière dans tout type d'activité.

(...)  
Quant à l'expertise bi-disciplinaire, effectuée le 6 décembre 2006, elle conclut également qu'il ne présente pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI. (...) les médecins du SMR démontrent de façon convaincante en quoi les diagnostics posés par le Dr I. \_\_\_\_\_ d' [...] (rapport du 6 août 2004) —  tat de stress post-traumatique, épisode dépressif majeur et syndrome douloureux somatoforme persistant — ne sauraient être suivis. Il est notamment relevé que l'état de stress post-traumatique n'a pas empêché B. \_\_\_\_\_ de travailler dans la mesure où il a exercé une activité professionnelle durant plus d'une année ultérieurement à l' v nement mentionné. Il n'y a, par ailleurs, dans l'examen, aucun signe de stress post-traumatique, ni de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. Quant à l'épisode dépressif majeur, il n'a pas dû avoir une intensité importante puisque que l'expert ne relève aucun signe de dépression. Finalement, le syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu puisque B. \_\_\_\_\_ n'a pour ainsi dire aucune plainte douloureuse. Il mène une vie quotidienne tout à fait harmonieuse, s'occupe de ses enfants et ne fait l'objet d'aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait être relevée.

(...)

**C.** Par acte du 31 janvier 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette dernière décision dont il a requis l'annulation (conclusion principale) en invoquant les conclusions de ses médecins traitants. Pour le surplus, il

a demandé l'assistance judiciaire gratuite et à titre subsidiaire, "des mesures de réinsertion afin de pouvoir plus facilement trouver un travail adapté à mes conditions".

L'assuré a été invité par le magistrat instructeur à déposer une demande d'assistance judiciaire au bureau AJ le 8 février 2008. Aucune suite n'a été donnée à cet avis.

Le 10 mars 2008 a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs de sa décision du 10 janvier 2008.

L'assuré a renoncé à répliquer.

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

**1. a)** Le présent recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 10 janvier 2008 et à l'octroi d'une rente AI complète. Interjeté le 31 janvier 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, et satisfaisant aux autres exigences formelles, il est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales]; RS 830.1).

**b)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Exception faite des états de fait spécifiques qui tombent dans le champ d'application de la disposition transitoire de l'art. 82 al. 1 première phrase LPGA, le droit matériel applicable est déterminé par 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 (ATF 130 V 329, consid 2.2 et 2.3; 130 V 445). En l'espèce la décision attaquée a été rendue le 10 janvier 2008. Par conséquent, les modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont applicables au présent cas.

**3. a)** Dans une procédure de recours de droit administratif (art. 92 ss LPA-VD), l'objet du litige est doublement circonscrit, par la décision attaquée, d'une part, et par les griefs formulés par le recourant contre celle-ci, d'autre part. Ainsi, le juge ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413; ATF 110 V 48; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et, le cas échéant, si celle-ci ouvre le droit à une pleine rente AI.

L'assuré conclut à un tel droit en invoquant les prises de position de ses médecins traitants (le Dr D.\_\_\_\_\_, les médecins du CDP.\_\_\_\_\_ et les thérapeutes d' [...]). Pour l'OAI, qui se fonde sur les constatations médicales du SMR, un tel droit doit être nié puisque l'assuré

est totalement capable d'exercer son ancienne activité de blanchisseur, voire toute autre activité adaptée à ses problèmes d'ouïe.

**4. a)** Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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.

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

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, 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. Selon l'art. 28 al. 1 let b LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable.

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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1)

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de

poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 précité consid. 5.2).

**c)** En présence d'un état psychique maladif, il y a plus précisément lieu de se demander si et dans quelle mesure la personne assurée peut, malgré l'atteinte à sa santé psychique, exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré correspondant à ses aptitudes. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Pour ce faire, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il ne suffit donc pas de constater que l'assuré n'exerce pas une activité lucrative suffisante; il convient bien davantage de savoir s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165; arrêt I 138/98 du 31 janvier 2000 consid. 2b, in VSI 2001 p. 223; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

**d)** La reconnaissance de troubles somatoformes douloureux suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité; au contraire, il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs

déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas, à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; à cet égard, une simple humeur dépressive ou un état dépressif réactionnel ne suffit pas (TF I 797/06 du 21 août 2007, consid. 4; TFA I 129/02 du 29 janvier 2003, consid. 3.2 et les références).

D'autres critères peuvent être déterminants: ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux) ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) (1), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (3), ainsi que de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 précité) (4). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra le caractère exigible de l'effort de volonté (TFA I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77).

**5.** En l'espèce, les avis médicaux divergent tant au niveau des diagnostics posés qu'au niveau de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

**a)** Le Dr F.\_\_\_\_\_ (rapports des 19 juillet et 3 juin 2002), du Service de rhumatologie du CHUV ne pose aucun diagnostic somatique. Dans son rapport du 19 juillet 2002, il ne constate rien de particulier sur le plan ostéo-articulaire et relève qu'à l'examen, l'assuré montre surtout un déconditionnement physique.

**b)** Les médecins du CDP.\_\_\_\_\_ (Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ; rapport du 17 mars 2003) retiennent les diagnostics de stress post-traumatique chronique, d'état dépressif majeur et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils expliquent, à ce sujet, que le patient a vécu une confrontation traumatisante avec les Serbes dans son pays d'origine, confrontation qui a entraîné une symptomatologie anxio-dépressive sous la forme d'une importante baisse de la thymie, d'un découragement face à sa situation, d'une baisse de l'élan vital, d'inappétence et d'une anxiété permanente. Pour eux, il y a aussi un état de stress post-traumatique qui se trouve (au moment du rapport) au premier plan du tableau clinique. Parallèlement à cela, une symptomatologie dépressive s'est développée, laquelle "trouve (...) son expression dans des dorsalgies invalidantes". Ces douleurs engendrent une souffrance cliniquement significative et une importante altération du fonctionnement professionnel et social. Ils estiment, cela étant, que des facteurs psychologiques ont "vraisemblablement joué un rôle important dans l'évolution de ce symptôme eu égard au parcours dramatique de ce patient qui se retrouve à la tête d'une famille traumatisée". Ces derniers éléments "suggèrent le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant qui peut être compris comme l'expression somatique d'un trouble dépressif". Pour le traitement de ses troubles, le patient aurait, à leur avis, simplement besoin d'un espace de parole dans lequel il puisse exprimer ses souffrances et les voir reconnues, ce qui semble avoir pu se faire avec succès dans le cadre de [...].

Le rapport du CDP.\_\_\_\_\_ ne contient aucune anamnèse. Il n'en ressort aucun diagnostic clair, l'assuré étant tour à tour décrit comme souffrant de stress post-traumatique chronique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'une symptomatologie anxio-

dépressive trouvant son expression dans des dorsalgies "invalidantes", ainsi que d'un état dépressif majeur. La relation existant éventuellement entre les troubles somatiques et psychiques de l'assuré est mal expliquée. Sur la base des indications fournies, il n'est pas possible de cerner l'origine des troubles psychiques, de savoir s'ils sont en relation avec les événements traumatisants vécus au Kosovo et/ou réactionnels aux dorsalgies. L'état dépressif majeur n'est pas expliqué et le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme n'est pas examiné conformément aux critères jurisprudentiels. La prise en charge thérapeutique préconisée (espace de parole), qui semble efficace, paraît peu importante au regard de la gravité des troubles psychiques allégués (état dépressif majeur), ce qui paraît contradictoire. Sur la base du rapport du CDP.\_\_\_\_\_, il n'est donc pas possible de répondre à la question - déterminante pour l'issue du litige - de savoir si et depuis quand l'intéressé souffre d'une maladie psychique à charge de l'AI. Leurs constatations au sujet de dorsalgies invalidantes ne sauraient être davantage décisives, car non étayées et émanant de médecins non somaticiens. Le rapport du CDP.\_\_\_\_\_ est donc dénué de valeur probante et il convient de s'en écarter.

**c)** Le rapport des thérapeutes de [...] (qui reprend d'ailleurs pour l'essentiel les constatations du CDP.\_\_\_\_\_) n'apparaît pas non plus concluant. En effet, la nature des diagnostics posés est en contradiction avec les indications selon lesquelles il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique et "le patient ne prend pas de toxiques"; la gravité et la constance des troubles psychogènes décrits n'empêchent pas un pronostic "plutôt favorable" et une possible réadaptation professionnelle progressive, ce qui est difficilement compréhensible et peu expliqué.

**d)** Le Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 9 juin 2004) médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, diagnostique un état de stress post-traumatique ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux existant probablement depuis 1999; il retient que l'incapacité de travail est totale depuis le 25 septembre 2002. Le médecin n'explique pas ses conclusions

et pose des diagnostics psychiatriques alors qu'il n'est pas psychiatre. Son point de vue ne peut pas davantage être retenu.

**e)** Les rapports médicaux du SMR des 20 mars 2006 (examen de l'aspect somatique) et 6 décembre 2006 (examen des aspects psychiatrique et physique) sont établis de manière circonstanciée, en considération des antécédents médicaux, à l'issue d'un examen complet de l'assuré et au terme d'une étude fouillée de son dossier médical. Ils ne comportent aucune contradiction interne. Les conclusions diagnostiques sont claires et motivées. On peut donc leur reconnaître valeur probante au sens des critères jurisprudentiels exposés ci-dessus. Il en ressort ce qui suit :

- Sur le plan somatique, aucun diagnostic influençant la capacité de travail ne peut être retenu. L'état du patient observé le 6 décembre 2006 est superposable à celui constaté le mois de mars précédent. Le statut ostéo-articulaire décrit par la Dresse L. \_\_\_\_\_ le 20 mars 2006 (examen du rachis et des quatre membres) ne révèle aucune pathologie; il montre une mobilité lombaire complète et indolore, une musculature bien développée et fait état de plaintes non objectivables; les articulations sont décrites comme étant souples et indolores. Malgré quelques douleurs à la palpation dans la région du dos (apophyses épineuses algiques), il n'y a pas d'élément ostéo-articulaire objectif justifiant une incapacité de travail totale ou partielle. L'assuré dispose donc, d'un point de vue somatique, d'une capacité de travail totale dans son ancienne activité de blanchisseur comme dans toute autre activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées à sa surdité et à son hypoacousie appareillée (il devrait travailler dans un environnement pauvre en bruit et éviter une activité exigeant une ouïe complète).
- Sur le plan psychiatrique, l'assuré paraît de bonne constitution; ses ressources sont largement et parfaitement présentes. Il n'a

pas d'antécédents psychiatriques. Ses plaintes actuelles (notamment l'état de stress post-traumatique mis en exergue par les médecins du CDP. \_\_\_\_\_ et d' [...]) ne paraissent pas crédibles, car elles ne l'ont pas empêché d'exercer une activité lucrative durant plus d'une année. Lors de l'examen, il n'y a aucun signe de dépression, de stress post-traumatique, ni de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne peut pas non plus être retenu, en l'absence de réelles plaintes somatiques, en l'absence de troubles psychiques, les traitements psychiatriques entrepris paraissant efficaces avec un bon pronostic, et dès lors la vie sociale, familiale, et extra-familiale est bien conservée. Le recourant s'occupe harmonieusement de ses enfants, qui sont tous nés après le traumatisme de guerre allégué. L'accident - décrit comme banal - survenu sur le lieu de travail en 2001 n'a pas eu d'impact sur le psychisme de l'intéressé qui n'en a pas parlé à son médecin traitant. Aucun autre diagnostic psychiatrique n'est retenu. Partant, d'un point de vue psychiatrique également, l'assuré est parfaitement capable d'exercer en plein son ancienne activité de blanchisseur, voire toute autre activité adaptée à ses limitations auditives.

En considération de ce qui précède, l'on ne saurait considérer que le recourant souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi (art. 8 LPGA et 4 LAI) lui ouvrant le droit à des prestations AI. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée sans qu'il soit nécessaire de procéder à l'analyse économique du cas (art. 16 LPGA).

**6.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le juge des assurances sociales est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre

200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1<sup>er</sup> juillet 2006).

Dans le cas présent, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et art. 2 al.1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]).

Le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas représenté, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :