

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Jomini et M. Zbinden, assesseur
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

P._____, à Prilly, recourant, représenté par Me H._____, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE VAUD (ci-après: OAI), à Vevey, intimé.

Art. 7 et 16 LPG

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: le recourant), né en 1955, a essentiellement travaillé comme maçon en Bosnie, son pays d'origine. Arrivé en Suisse le [...] 1996, il a commencé à exercer cette activité dès le mois de février 2002.

a) Le 26 mai 2003, il a été victime d'un lumbago aigu suite à une chute sur son lieu de travail. Le Dr B._____ a certifié que le recourant devait interrompre son travail du jour courant au 2 juin 2003 et qu'il pourrait reprendre son travail à 100% dès le 3 juin 2003. L'évolution ayant été positive, le recourant n'a plus consulté de médecin depuis le jour de son accident. Il a repris le travail à cette date-là.

Dans la déclaration d'accident du 30 juin 2003, l'employeur du recourant déclare que celui-ci a chuté sur le dos, ce qui a provoqué de fortes douleurs lombaires. Dans le rapport médical du 23 juillet 2003 du Dr B._____, il ressort que le recourant a déclaré avoir fait une chute avec réception sur le dos du marteau-piqueur, qu'il était en train d'utiliser. En revanche, lors de l'entretien avec l'inspecteur de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), le recourant a précisé ne pas être tombé sur le dos ni n'avoir reçu le marteau-piqueur, qu'il utilisait alors. Selon le rapport médical du 26 mai 2003 du Dr B._____, le recourant a présenté un lumbago dans le cadre d'une discopathie L4-L5 et une arthrose dégénérative L4-L5-S1.

b) Le 21 janvier 2004, le Dr V._____ a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche sur discopathie L4-N5 et une arthrose dégénérative L4-L5-S1. Le 26 février 2004, ce médecin a constaté des lombalgies de type fonctionnel s'inscrivant dans le cadre de troubles somatoformes probables. Il a attesté une incapacité de travail de 50% depuis le 17 novembre 2003. Malgré ce taux d'exigibilité, le recourant n'a pas repris le travail.

Selon les différents certificats médicaux, l'incapacité de travail du recourant était de 50% du 18 novembre au 8 décembre 2003, de 100% du 8 au 16 décembre 2003, de 50% du 16 décembre 2003 au 3 mars 2004 et de 100% du 4 au 10 mars 2004.

Dans son rapport du 10 mars 2004, le Dr V._____ a diagnostiqué une lombalgie chronique de type fonctionnel (non-organicité). Il n'a constaté aucune amélioration subjective. D'un point de vue objectif, il existe de nombreux signes de non-organicité. En outre, il a fait part de rapports professionnels conflictuels entre le recourant et son employeur. Le Dr V._____ a attesté que le recourant pouvait reprendre le travail à 100% depuis le 11 mars 2004, mais qu'il devait éviter de porter des charges lourdes.

c) Après avoir procédé aux mesures d'instructions, la CNA a rendu, le 10 mars 2004, une décision par laquelle elle a refusé l'octroi des prestations d'assurance au motif, en substance, que les troubles présentés par le recourant n'étaient pas en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'accident du 26 mai 2003. La CNA n'a pas accepté le cas comme une rechute lors d'une accentuation des douleurs en novembre 2003. A la suite de la lecture du dossier et de l'examen neurologique spécialisé qu'il a effectué, le Dr W._____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué, dans ce contexte dégénératif discal et arthrosique postérieur, des lombalgies communes sans myélopathie ni radiculopathie démontrées. Etant donné que le recourant était symptomatique de son dos, il lui a été suggéré une activité adaptée aux pathologies rachidiennes.

d) Dans son rapport du 10 avril 2004, le Prof. R._____, spécialiste FMH en médecine interne, oncologie et hématologie, médecin traitant, a diagnostiqué, sur la base notamment d'un CT-Scan lombaire réalisé le 23 mars 2004 par la Dresse M._____, spécialiste FMH en radiologie, un syndrome lombo-vertébral irritatif gauche sur discopathie étagée, prédominante en L4-L5, une hernie discale postérieure médiane et largement paramédiane gauche, luxée vers le bas, en L5-S1, et un canal lombaire congénitalement modérément étroit pluri-étagé. A la différence

du Dr V._____, le Prof. R._____ a attesté que le recourant présentait une incapacité totale de travail depuis le 11 mars 2004 et ce pour une durée indéterminée. A son sens, le pronostic, en ce qui concerne l'incapacité de travail était mauvais; une rente AI devait être accordée à la recourante.

B. a) Au mois d'avril 2004, se plaignant de gonalgies et de douleurs au dos suite à la chute du 26 mai 2003, le recourant a déposé une demande de prestations AI. Les radiographies lombaires et des genoux ne mettaient en évidence que des lésions dégénératives lombaires basses banales.

b) Dans son rapport d'expertise du 28 mai 2004 adressé à la Bâloise Assurances, le Dr Q._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a notamment posé les diagnostics de lombosciatalgies S1 gauche avec syndrome lombo-vertébral et syndrome radiculaire déficitaire d'un point de vue sensitif à gauche:

- Discopathie lombaire étagée L3-L4, L4-S5 et L5-S5;
- Ostéophytose lombaire antérieure et spondylose postérieure;
- Hernie discale L5-S1 médiane, paramédiane gauche luxée vers le bas en L5-S5;
- Troubles statiques dorso-lombaires et dysbalance musculaire étagée; et
- Syndrome d'amplification des symptômes.

Le Dr Q._____ déclare en outre que:

"Subjectivement, nous avons indiscutablement un assuré très dolent et partiellement collaborant, qui fait état de rachialgies lombaires permanentes, évoluant sur un mode chronique, avec une exacerbation en fonction des positions statiques prolongées, des ports de charges, ses lombalgies sont associées à des sciatalgies gauches invalidantes, avec une impulsivité au Valsalva, enfin cet assuré ne s'estime plus capable de travailler et c'est pour cette raison qu'il a déposé une demande de rente AI. Objectivement, cliniquement, j'ai constaté un syndrome lombo-vertébral significatif avec des troubles statiques dorso-lombaires et des dysbalances musculaires, en présence de signes déficitaires d'un point de vue sensitif au niveau du membre inférieur gauche au niveau du territoire S1."

Le Dr Q._____ a préavisé favorablement la poursuite de l'incapacité de travail complète du recourant dans une activité d'aide-peintre.

c) aa) Le 23 juin 2004, le Prof. R._____ a adressé le recourant au Dr S._____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son rapport du 5 juillet 2004, celui-ci a expliqué n'avoir pu rendre un examen complet tant d'un point de vue anamnestique que clinique, en raison notamment du fait que le recourant ne parlait pas français ou, très éventuellement, ne voulait pas le parler, qu'il ne se souvenait même pas du nom de ses médicaments et qu'il ne réagissait pratiquement à aucun ordre. Dès lors, le Dr S._____ n'a pas réussi à se faire une idée sur la nature de la douleur, qu'il a estimé, en fonction des documents à sa disposition, plutôt être de nature mécanique ("probables lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, troubles statiques et dégénératifs rachidiens"). Selon lui, le comportement même du patient confirmait une problématique psychologique majeure chez une personne probablement complètement dépassée par sa symptomatologie ("états anxieux dépressifs"); le recourant présentait une pathologie typique de migrant. Il a dès lors recommandé de l'adresser à Appartenances. Pour le surplus, il a relevé que le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

bb) Le 12 août 2004, le Dr W._____, auquel le Prof. R._____ a adressé le recourant, a relevé que celui-ci présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il a estimé que, bien que n'étant pas totalement convaincu de la réalité de la gêne, les troubles mis en évidence au CT-Scan lombaire, réalisé le 23 mars 2004, pouvaient représenter une cause d'incapacité de travail complète dans l'activité exercée préalablement (aide-peintre). En revanche, sur un plan strictement somatique, la capacité de travail du recourant dans une activité légère (ne comportant pas le port de charges lourdes) et permettant des changements fréquents de position devait atteindre 100%. Selon le Dr W._____, aucun traitement de nature somatique n'aurait permis d'améliorer significativement l'état du recourant.

A l'instar du Dr S._____, il a relevé que l'examen clinique était dominé par des éléments de surcharge psychogène, sans évidence d'atteinte neurologique et notamment radiculaire sous-jacente, et que le recourant était assez démonstratif dans ses plaintes. Il a, par ailleurs, signalé que le recourant a été peu collaborant durant tout l'examen.

d) Dans son rapport médical du 17 août 2004, le Prof. R._____ a constaté les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant:

- Syndrome lombo-vertébral irritatif gauche sur discopathie étagée, prédominante en L4-L5;
- Hernie discale postérieure médiane et largement paramédiane gauche, luxée vers le bas, en L5-S1; et
- Canal lombaire congénitalement modérément étroit pluri-étagé.

Ces diagnostics sont identiques à ceux du rapport établi le 10 avril 2004 par ce professeur. Au sens de celui-ci, l'état de recourant était stationnaire. Quant à son incapacité de travail, elle était totale depuis le 11 mars 2004.

Le Prof. R._____ a déclaré que l'activité habituelle du recourant ne lui était plus exigible. En revanche, l'exercice d'une autre activité - tous genres de travaux légers, selon le Prof. R._____ - pouvait être attendue de sa part (cf. annexe au rapport du 17 août 2004).

e) Par décision sur opposition du 8 octobre 2004, la CNA a confirmé sa décision du 10 mars 2004, refusant l'octroi de prestations au recourant.

f) A la suite de l'avis du SMR du 25 octobre 2006, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du CEMed de Nyon (COMAI), afin de compléter son instruction du dossier. Cette expertise a pris en considération tous les rapports et pièces au dossier en date du 25 octobre 2006.

aa) Les Drs J._____, spécialiste FMH en rhumatologie, X._____, spécialiste FMH en cardiologie, et K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 2 mai 2007. Les experts ont posé les diagnostics suivants:

"[...] ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec radiculopathie séquellaire selon S1 gauche (M54.9).
- Cardiopathie hypertensive et valvulaire

[...] sans répercussion sur la capacité de travail:

- HT1, excès pondéral, status après fracture du poignet gauche, status après kyste de baker droit".

Selon l'expertise, sur le plan somatique le recourant n'était pas d'avis d'entreprendre des démarches pour trouver une activité adaptée, annonçant des douleurs chroniques rebelles du dos de forte intensité qui l'empêchaient à ses yeux d'effectuer une activité lucrative, de sorte qu'il a sollicité l'octroi d'une pleine rente d'invalidité. L'examen clinique le montrait en bon état général, avec un excès pondéral. Il n'était pas déconditionné après plus de deux ans d'inactivité professionnelle. Il avait des traces d'utilisation des mains assez marquées avec des traces de terre et des callosités qu'il avait rattachées à ses activités de jardinage. Ses indices de mobilité rachidiens étaient conservés, compte tenu de son âge. Il présentait une hyporéflexie achilléenne gauche isolée, vraisemblablement séquellaire de la notion de compression discale herniaire donnée dans le dossier. Selon les experts, il n'y avait pas d'évidence d'une atteinte radiculaire compressive persistante ni de déficit sensitif ou moteur. Bien que les dimensions du canal lombaires aient été jugées serrées et que le recourant ait mentionné ne pas pouvoir marcher plus de 15 minutes, il ne présentait pas un cas d'anamnèse typique de claudication neurogène, ni d'évolution d'une atteinte neurologique déficitaire qui se chronifiait. Les atteintes statiques et dégénératives rachidiennes symptomatiques justifiaient des limitations fonctionnelles compte tenu de l'âge du recourant dans son travail de maçon, lequel était limité avec restriction du port des charges supérieures à 30 kg de manière répétitive ainsi qu'évitement des porte-à-faux et d'engins vibrants. Une

activité respectant ses limitations, adaptée à sa pathologie rachidienne, était pleinement exigible au plan de l'appareil locomoteur.

Sur le plan cardiovasculaire, l'échocardiographie montrait une cardiopathie hypertensive et valvulaire; il existait une hypertrophie ventriculaire gauche sévère, associée à une dilatation modérée du ventricule gauche, la fraction d'éjection étant encore normale. Associé à cette cardiopathie hypertensive, le recourant présentant une valvulopathie possiblement rhumatismale, avec présence d'une sténose aortique discrète associée à une régurgitation aortique modérée, ainsi qu'un épaissement modérée de la valve mitrale sans régurgitation. Une tentative d'ergométrie, afin de mieux évaluer l'aptitude physique du recourant, s'était soldée par un échec, le recourant se plaignant d'un blocage du genou gauche avant même que le premier palier de l'effort n'ait pu être effectué.

Les experts ont conclu que le recourant présentait une cardiopathie hypertensive avec hypertrophie sévère et dilatation modérée du ventricule gauche ainsi qu'une cardiopathie valvulaire avec sténose aortique discrète, la régurgitation aortique paraissant modérée. Il était difficile de savoir, si le recourant était véritablement essoufflé à l'effort, mais cette cardiopathie aurait pu l'expliquer. Toutefois, la problématique cardiaque ne semblait pas être au premier plan. En effet, lorsqu'on demandait au recourant comment il voyait son avenir professionnel, il répondait que s'il marchait il avait mal au dos s'il ne marchait pas il avait mal au dos et qu'il avait des troubles du sommeil. Concernant l'aptitude à une activité professionnelle, elle était difficile à évaluer du fait de l'impossibilité de quantifier le degré d'insuffisance cardiaque, le recourant n'ayant pas effectué l'ergométrie. Toutefois, il n'y avait pas de contre-indication cardiologique à une activité professionnelle sédentaire ou avec des efforts légers.

Sur le plan psychique le recourant avait été exposé à des situations traumatiques dans son pays, responsables dans un premier temps d'un syndrome de stress post-traumatique. Depuis son arrivée en

Suisse, il avait pu, dans un premier temps, organiser sa vie de façon normale. Par la suite son état psychique s'était progressivement modifié suite à un traumatisme physique survenu en 2003, raison pour laquelle il était suivi par la Dresse L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont constaté dans son anamnèse qu'un mois avant l'examen, il s'était plaint de douleurs physiques. Globalement, les plaintes du recourant étaient plus intenses que les constatations objectives; les experts ont noté une importante proportion à se plaindre. Ils n'ont pas observé de tristesse ni de ralentissement psychomoteur. Les seuls éléments pathologiques étaient représentés par les plaintes du recourant. Elles concernaient surtout le souvenir des événements traumatiques. Les experts ont observé une certaine irritabilité lorsqu'on demandait au recourant de préciser certains événements ou si on le confrontait à certaines incohérences dans son discours. Le recourant devait fréquemment faire renouveler son permis de séjour ce qui l'angoissait fortement. Cette angoisse pouvait être responsable de la tendance observée à une majoration des symptômes. Les experts n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique, hormis une réaction anxieuse et dépressive à une situation de stress entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation.

Du point de vue psychiatrique et mental, le recourant se plaignait de troubles de mémoire assez importants, de difficultés de concentration, de très importantes ruminations et d'idées envahissantes. En revanche, les experts n'ont pas noté de ralentissement de la pensée ni de phénomène de barrage de la pensée. Le recourant ne présentait pas d'idées délirantes, mais pouvait se montrer assez méfiant pensant notamment que les médecins et les patrons arrangeaient certaines choses dans son dos. Il ne présentait pas d'hypochondrie. Il avait fait un épisode d'hallucinations auditives lors de la guerre, mais ne présentait plus d'épisodes hallucinatoires. Il se plaignait également de tristesse et d'une certaine anédonie. Il ne décrivait pas de fatigue ni d'un ralentissement psychomoteur. Il n'avait pas d'idées de culpabilité. Il disait manquer de volonté. Son appétit était normal. Le recourant avait eu des idées suicidaires, mais il n'en présentait plus. Concernant la guerre en 1992, il

rapportait qu'il n'avait pas été déporté dans des camps. Cette guerre avait duré quatre ans. Il y avait participé et avait vécu à la maison. Le matin, il partait sur le front. Il ajoutait que l'ennemi était partout et qu'il avait surtout eu un rôle défensif. Il avait vu des blessés. Il n'avait jamais été capturé. Il a rapporté qu'en 1992, ils avaient dû s'enfuir. Il avait ainsi dû parcourir environ 50 km à pied. Durant cette période, il avait présenté des troubles du comportement. Il a toutefois déclaré que ce problème s'était résolu spontanément et qu'il n'en avait plus présenté depuis. En 1996, il était venu en Suisse. Les enfants s'étaient bien intégrés. Pour lui et son épouse, en revanche, cela avait été beaucoup plus difficile. Il avait récemment obtenu un permis F valable jusqu'en mai 2007. Chaque année, il avait l'impression qu'il était plus difficile pour lui d'obtenir le renouvellement de son permis. Ses enfants avaient des permis B. Il a affirmé qu'il ne pouvait pas refaire sa vie dans son pays. Le recourant avait travaillé comme maçon, puis comme concierge. De 1996 à 2002, il n'avait pas travaillé. En février 2002, il avait commencé à travailler dans le bâtiment. Il faisait des travaux de peinture et des travaux de maçonnerie. Le travail lui plaisait. Il avait également un autre compatriote bosniaque qui ne parlait pas non plus français. Malgré ces problèmes linguistiques, le recourant n'avait pas eu de difficulté à exécuter son travail. Il a rapporté qu'il avait fait une chute en mai 2003. Depuis cette date, il n'avait plus pu retravailler. Selon ses propos, il serait tombé de trois mètres de haut et aurait eu 4 vertèbres endommagées.

Les experts n'ont pas retenu de limitation fonctionnelle d'origine mentale ou psychique. Dans le cadre d'une activité d'ouvrier non qualifié, le recourant avait une capacité de travail de 100%.

bb) Dans leurs réponses aux questions de l'OAI (cf. p. 24 ss du rapport), les experts ont déclaré que, sur le plan physique, le recourant devait éviter les charges supérieures répétitives à 30 kg, les porte-à-faux, les engins à vibrations, les activités en hauteur (vertiges) ou sur des terrains instables et les efforts physiques (cardiopathie). Sur le plan psychique et mental, le recourant ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Aucune diminution de rendement n'était à constater. Par

ailleurs, le recourant était capable de s'adapter à son environnement professionnel; ce qu'il avait prouvé par le passé. Aucun élément ne permettait de suggérer une perte ou une diminution de cette capacité. Enfin, les experts ont considéré que, sur le plan somatique, le recourant pouvait exercer une activité à 100% pour autant qu'elle soit adaptée à ses limitations fonctionnelles et, sur le plan psychique, il pouvait exercer une activité, sans qualification particulière, à raison de 8 heures par jour.

g) aa) Par courrier du 26 juillet 2007, l'OAI a demandé à l'employeur du recourant le montant du salaire que celui-ci aurait perçu en 2004 pour une occupation de 100%. Celui-ci a répondu, le 2 août 2007, que le salaire brut du recourant aurait été de 3'708 fr par mois.

Se basant sur l'ESS, l'OAI a déterminé, le 10 août 2007, que sans atteinte à la santé le recourant aurait pu prétendre à un salaire annuel brut de 57'564 fr. (TA: 1 - Niveau de qualification: 4 - Année: 2004). L'OAI a considéré qu'une mesure de placement suivie d'une mise au courant dans une activité adaptée à la santé du recourant pourrait faciliter l'intégration de celui-ci dans le milieu économique.

bb) Le recourant a alors été convié au Service Entreprises & Emploi. Suite à la rencontre, qui a eu lieu le 1^{er} octobre 2007, il a été renoncé à l'aide au placement en raison du fait que le recourant ne voulait pas bénéficier de cette aide, car il considérait ne plus être en mesure de travailler. Cette renonciation fut communiquée au recourant par courrier du 4 octobre 2007. Celui-ci a alors répondu, le 29 octobre 2007, qu'il était quand même ouvert aux propositions de l'OAI et qu'il était donc d'accord de faire un essai. Toutefois, il a été mis fin, avec l'accord du recourant, au mandat d'aide au placement, compte tenu du fait que le recourant n'était pas dans une démarche d'aide au placement en raison de son état de santé et de son désaccord au sujet du degré d'invalidité retenu par l'OAI.

C. a) Le 30 octobre 2007, l'OAI a communiqué au recourant un projet de décision de refus de rente, au motif que celui-là ne présentait un degré d'invalidité que de 10%.

b) Le 30 novembre 2007, le recourant, représenté par Me H._____, a contesté le projet de décision du 30 octobre 2007. Il s'est prévalu d'un rapport du Dr F._____, son médecin traitant, du 28 novembre 2007. Ce rapport retient les diagnostics suivants posés par le Dr Q._____ le 30 mai 2004:

- "• Lombosciatique SI gauche avec syndrome lombo et syndrome radiculaire déficitaire d'un point de vue sensitif à gauche
- Discopathie lombaire étagée L3-L4, L4-L5 et L5-S1
- Ostéophytose lombaire antérieure et spondylose postérieure
- Hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche luxée vers le bas en L5
- Troubles statiques dorso-lombaires et dysbalance musculaire étagée
- Syndrome d'amplification des symptômes
- Déconditionnement physique avec tabagisme chronique
- Hippocratisme digital aux mains
- Status après fractures costales anamnestiques et status après cure de hernie inguinale gauche".

A ces diagnostics, le Dr F._____ a, à titre personnel, ajouté les suivants:

- "• Un canal lombaire étroit pluri-étagé discret.
- Une atteinte valvulaire cardiaque probablement post-rhumatismale sous forme de sténose et de régurgitations aortiques et mitrales nécessitant une prophylaxie de l'endocardite bactérienne et induisant une hypertrophie ventriculaire gauche sévère concomitamment à une hypertension artérielle.
- Sur le plan psychiatrique: un syndrome post-traumatique avec état anxio-dépressif chronique se manifestant essentiellement par une irritabilité et une méfiance, ainsi qu'une attitude de retrait social et d'hostilité engendrant des conflits avec ses proches et également avec la Doctoresse L._____ à Prilly qui l'a suivi jusqu'au début 2007, date à laquelle il est venu à ma consultation après s'être fâché avec elle semble-t-il."

Le Dr F._____ a noté que bien que l'AI, dans ses rapports d'expertises des 23 novembre 2006 et 20 mars 2007, ait reconnu une réaction anxieuse et dépressive à une situation de stress entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, elle n'avait pas retenu de limitations fonctionnelles d'origine mentale ou psychique. A ce sujet, le Dr F._____ a recommandé au recourant de reprendre un traitement psychiatrique. Le secrétariat d'Appartenances l'a adressé au Centre de Santé Farmed pour y effectuer les démarches nécessaires; ce que le recourant ne semblait pas

encore avoir fait, selon le Dr F._____. Sur le plan purement somatique, le Dr F._____ a considéré que l'état du patient n'avait pas varié depuis la dernière expertise de l'AI du mois de mai 2007. Il a relevé que les mesures thérapeutiques proposées par le Dr Q._____ en mai 2004 sont restées lettre morte en raison d'un manque total de collaboration de la part du recourant. Selon le Dr F._____, le recourant était totalement inapte à une reconversion professionnelle, compte tenu du fait qu'il ne parlait pas français et qu'il était en proie à des troubles psychiatriques caractérisés. Fort de ce rapport, le recourant a considéré être en droit à une rente entière d'invalidité.

D. a) Le 7 mars 2008, l'OAI a rendu une décision refusant d'allouer une rente d'invalidité au motif que le degré d'invalidité présenté par le recourant dans une activité adaptée (10%) était insuffisant pour l'ouverture d'un tel droit (40% au minimum).

b) aa) P._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 7 mars 2008, concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise neutre. A cette fin, il s'est notamment prévalu:

- Du rapport du 18 avril 2008 de la Dresse L._____, qu'il a considéré comme complet, circonstancié et dûment motivé; à la différence du rapport d'expertise du CEMed, qu'il a estimé, sur le plan psychique, lacunaire et dépourvue de motivation médicale; et
- Du certificat médical établi le 23 avril 2008 par la Dresse I._____, spécialiste FMH en psychiatrie, et M. T._____, psychologue FSP, - ces deux derniers travaillant pour Appartenances - qui confirmait le rapport du 18 avril 2008 de la Dresse L._____.

En ce qui concerne le rapport médical du 12 août 2004 du Dr W._____, lequel a conclu à une capacité de travail entière du recourant dans une activité légère, celui-ci a estimé qu'une telle appréciation était sans fondement, compte tenu du fait qu'elle sortait du domaine du Dr W._____, celui-ci étant neurologue, et que son indépendance ne pouvait être garantie, en raison du fait qu'il officiait

également en tant qu'expert de l'OAI. S'agissant de l'expertise du CEMed, sur un plan somatique, le recourant a souligné que, malgré le fait qu'ils aient constaté des atteintes statiques et dégénératives rachidiennes chez le recourant, "les médecins du COMAI [sont] curieusement [arrivés] à la même conclusion que leur collègue W. _____", à savoir l'existence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Sur un plan cardiaque, il a considéré que la conclusion des experts était évasive, ceux-ci ayant retenu que "la problématique cardiaque ne sembl[ait] pas être au premier plan". Sur le plan psychique, il a soutenu que l'investigation effectuée par les experts était incomplète et leurs conclusions abruptes et raccourcies. Il leur a notamment reproché de ne pas avoir tenu compte du suivi psychiatrique effectué par le Dr F. _____, la Dresse L. _____ et par le service de soutien psychiatrique d'Appartenances.

bb) Selon le rapport de la Dresse L. _____, le recourant lui avait été adressé par le Prof. R. _____ pour une prise en charge psychiatrique dans le cadre d'un état anxio-dépressif (de novembre 2004 à février 2007). La Dresse L. _____ a posé les diagnostics suivants:

- "- Etat de stress post-traumatique chronique (F43.1)
- Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, chronique (F32.2)
- Expérience de guerre et d'autres hostilités (Z65.5)".

Elle a relevé que le recourant avait été victime d'un important traumatisme psychique. L'exposition à ce traumatisme avait duré environ quatre ans. Ce traumatisme comprenait tout le vécu durant son exode. Il ressortait du rapport que le recourant avait constamment des cauchemars, très souvent le sentiment de revivre les événements et des flash-back et qu'il évitait toute pensée, sentiment ou parole pouvant éveiller des souvenirs de ses traumatismes. A ce fardeau, se rajoutait tous les obstacles administratifs que le recourant rencontrait encore en date du rapport précité et l'impuissance du corps médical à le soulager de ses souffrances physiques et psychiques. Le moindre stimulus pouvait faire ressurgir des souvenirs traumatiques. Il enclenchait différents mécanismes de défense et le recourant pouvait alors paraître non collaborant, théâtral et démonstratif. Ceci pouvait induire l'impression chez son interlocuteur

d'un discours calqué et d'un manque d'empathie. Ainsi, on ne pouvait pas détecter la véritable détresse du patient. Malgré la présence d'une conscience morbide partielle, la capacité insuffisante d'introspection et de gestion des émotions ne lui permettait pas de mettre en lien sa souffrance actuelle et son vécu douloureux, ni de comprendre que ce dernier ait pu accentuer des douleurs d'origine physiques. Pour la Dresse L._____, l'apparition de l'état dépressif du recourant résultait de son état de stress post-traumatique et de cette surcharge psychologique de longue durée. A son sens, les diverses douleurs éprouvées par le recourant faisaient partie du syndrome somatique présent dans un état dépressif. Dès lors, selon la doctoresse, la capacité de travail et celle de l'adaptation à un environnement professionnel du recourant étaient fortement et durablement réduites. Malgré le traitement psychiatrique, la Dresse L._____ n'avait pas pu constater d'évolution et son pronostic demeurait défavorable. La prise en charge psychiatrique avait pris fin d'un commun accord. La Dresse L._____ avait suivi le patient depuis le mois de novembre 2004 jusqu'au mois de février 2007, à raison d'une fois par mois.

Le médecin et le psychothérapeute d'Appartenance relevaient que l'examen clinique réalisé a confirmé les éléments anamnestiques et les diagnostics de la Dresse L._____. Ils ont mentionné que le recourant avait bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique à la consultation pour migrants CPN d'Appartenance de 2000 à 2003. En décembre 2007, sur référence du Dr F._____, un suivi avait été réinstauré, faisant suite au traitement prodigué par la Dresse L._____; le traitement était en date de l'avis du médecin et du psychothérapeute d'Appartenance toujours en cours. Ils ont relevé qu'à cause du caractère chronifié et de la sévérité de la symptomatologie psychique, le recourant demeurait en incapacité complète de travail. Par ailleurs, pour ces mêmes motifs, une reconversion professionnelle semblait compromise, voire exclue.

cc) Pour le surplus, le recourant a considéré qu'en raison des différents rapports médicaux contradictoires, l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise neutre.

c) Dans sa réponse du 17 juin 2008, l'OAI a considéré que les mesures d'instruction sur le plan médical étaient suffisantes. Pour le surplus, il n'avait rien à ajouter à sa décision du 7 mars 2008. Il a alors conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non

par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

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

En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité présenté par le recourant et, subsidiairement, de l'opportunité de la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale.

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

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) aa) 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; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant 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 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

bb) En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

cc) Lorsqu'un juge a recours à une expertise médicale judiciaire, il ne s'écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions de cette expertise, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné; peut constituer une raison de s'en écarter le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (ATF 125 V 351, consid. 3b/aa, et les références). En matière d'appréciation des preuves, la jurisprudence attache donc une force probante accrue aux expertises judiciaires. Du moment toutefois où les COMAI présentent toutes les garanties d'impartialité et d'indépendance requises pour se voir chargés d'une expertise médicale d'un assuré, il n'existe aucun motif d'opérer une différenciation selon l'étape de la procédure dans laquelle ceux-ci sont mandatés (ATF 132 V 376).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

4. En l'espèce, le recourant considère être en incapacité totale de travail, de sorte qu'une rente entière d'invalidité doit lui être allouée.

a) En ce qui concerne l'atteinte au plan somatique, dont il se prévaut, le recourant appuie son allégation sur plusieurs rapports et certificats médicaux établis par différents médecins. Ces documents ne permettent pas de soutenir une incapacité totale de gain permanente ou de longue durée. En effet, certains de ces documents ne font que poser ou confirmer un diagnostic sans examiner si celui-ci a une répercussion ou non sur la capacité de travail du recourant. Ils ne peuvent dès lors fonder une incapacité de travail. Quant aux autres documents, c'est-à-dire ceux qui examinent la capacité de travail du recourant, soit l'incapacité totale qu'ils relèvent concerne une durée limitée, soit ils précisent que cette incapacité ne concernent que l'activité habituelle du recourant, soit celle d'aide-peintre. S'agissant du rapport du 28 novembre 2007 du Dr F._____, médecin traitant, celui-ci retient les diagnostics posés par le Dr Q._____ en mai 2004 déjà. Il rajoute toutefois à ceux-ci trois autres diagnostics, sans toutefois préciser si ceux-ci ont une répercussion sur la

capacité de travail du recourant, ni de quelle manière ou dans quelle mesure ceux-ci porteraient atteinte à cette capacité. Par conséquent, ces diagnostics ne répondent pas aux exigences de la jurisprudence et ne peuvent donc être réputés avoir une influence sur la capacité de travail du recourant. Au demeurant, hormis en ce qui concerne ses diagnostics sur le plan psychiatrique, le Dr F._____ n'a proposé de traitement ni recommandé le recourant à l'un de ses confrères spécialiste. Par conséquent, ces diagnostics ne semblent pas porter une atteinte invalidante à la santé du recourant, du moins pas au point d'influencer négativement sa capacité de travail.

aa) Il convient ainsi de considérer que, sur le plan somatique, parmi tous les documents médicaux versés au dossier, aucun ne permet d'établir une incapacité totale de travail, permanente ou de longue durée, du recourant dans une activité adaptée. D'autant plus que le rapport du 21 janvier 2004 du Dr V._____, dont le recourant se prévaut, atteste clairement que le recourant présente une capacité de travail de 50% depuis le 17 novembre 2003. Dans son rapport du 10 mars 2004, ce médecin a déclaré que le recourant pouvait reprendre le travail à 100%, depuis le 11 mars 2004, dans une activité adaptée. Par ailleurs, le Prof. R._____, médecin traitant, a attesté, dans son rapport du 17 août 2004, que l'incapacité totale de travail du recourant concernait son activité habituelle. En revanche, l'exercice d'une autre activité adaptée pouvait être attendue de lui.

Au vu de ce qui précède, les documents médicaux invoqués par le recourant ne permettent pas d'établir une incapacité totale de travail, permanente ou de longue durée. En revanche, ils concluent, sans aucune contradiction, à une capacité totale de travail du recourant dans une activité adaptée.

bb) Le recourant considère que le rapport du Dr W._____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a conclu à une capacité entière du recourant dans un activité adaptée, ne doit pas être pris en considération, compte tenu du fait qu'une telle conclusion repose sur des considérations

médicales sortant du champ de spécialisation du Dr W._____ et que l'indépendance de celui-ci ne peut être garantie en raison des liens professionnels qu'il entretient avec l'OAI. Au sujet de l'indépendance du Dr W._____, il convient de souligner qu'en l'espèce, celui-ci a été mandaté par le recourant, compte tenu du fait que ce dernier lui a été adressé par son médecin traitant, le Prof. R._____. Il est dès lors surprenant que le recourant considère partial un médecin qu'il a de son propre chef consulté. Au demeurant, il se limite uniquement à soulever que le Dr W._____ officie en tant qu'expert pour l'OAI. Il ne motive ni ne fait valoir un quelconque élément qui permettrait de mettre en doute l'indépendance du Dr W._____. Dans ces circonstances, le grief du recourant est infondé. S'agissant du reproche fondé sur le fait que les conclusions médicales du Dr W._____ sortent de son domaine de spécialisation, il ne suffit pas à lui seul à écarter ces conclusions. En effet, conformément à la jurisprudence, le juge des assurances sociales doit tenir compte de tous les moyens de preuve. En l'espèce, le juge doit dès lors prendre en compte les conclusions du Dr W._____; ce n'est que si celles-ci sont en contradiction avec d'autres documents qu'il convient de déterminer lesquels priment et lesquels doivent être écartée. Or, en l'occurrence, les conclusions du Dr W._____ vont dans le sens du faisceau de conclusions établi sur la base des autres documents invoqués par le recourant. Ainsi, ces documents médicaux ne se contredisent pas, mais permettent d'établir que le recourant présente une capacité totale de travail dans une activité adaptée.

cc) S'agissant du rapport d'expertise du CEMed du 2 mai 2007, le recourant lui reproche, sans motiver, d'avoir été évasif au sujet de sa cardiopathie. Cependant, il n'explique notamment pas pour quelle raison l'examen des experts devrait être qualifié d'évasif ni de quelle manière sa cardiopathie aurait dû être prise en compte et n'indique pas l'influence qu'aurait cette dernière sur sa capacité de travail. Le recourant n'a dès lors su démontrer le bien-fondé de son grief, d'autant plus que l'examen cardiaque a été dûment réalisé et prise en compte par les experts.

Au sujet des atteintes statiques et rachidiennes du recourant, les experts arrivent aux mêmes conclusions que le Dr W._____. Les Drs S._____ et W._____ attestent une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Ils relèvent toutefois un trouble somatoforme et un contexte d'ordre psychosocial. Le Dr Q._____ fait état d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. A son avis, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique. Ainsi, en l'absence d'éléments fondés permettant d'infirmier ces conclusions, il convient de considérer que celles-ci sont valables et que, dès lors, le recourant présente une capacité totale de travail dans une activité adaptée. Il en va de même, pour des raisons identiques, des limitations fonctionnelles établies dans ce rapport.

dd) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir qu'au plan somatique, les documents médicaux versés au dossier ne se contredisent pas, mais, au contraire, permettent d'établir, sans que le recourant n'ait su rendre vraisemblable un doute à ce sujet, qu'il présente, depuis courant 2004, une capacité totale de travail dans une activité adaptée.

b) aa) Au plan psychique, le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du suivi psychiatrique effectué par le Dr F._____, la Dresse L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le service de soutien psychiatrique d'Appartenances. Fort notamment du rapport du 18 avril 2008 de la Dresse L._____, approuvé par la Dresse I._____, spécialiste FMH en psychiatrie, et M. T._____, psychologue FSP, tous deux travaillant pour Appartenances, le recourant estime qu'il présente un degré d'invalidité de 100%, de sorte qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente complète d'invalidité.

Les troubles diagnostiqués par la Dresse L._____ résultent des événements vécus par le recourant lors de la guerre de Bosnie-Herzégovine. Or, il convient de relever que dans le rapport d'expertise du CEMed du 2 mai 2007, le recourant a déclaré aux experts que le problème lié à ces troubles, dont il leur avait également fait part, s'était résolu spontanément et qu'il n'en avait plus présenté depuis. Il leur a également signalé que, peu après son accident du 26 mai 2003, il était suivi à raison

d'une fois par mois par la Dresse L._____. Contrairement à ce que soutient le recourant, les experts ont tenu compte de l'ensemble du diagnostic somatique, ainsi que psychiatrique, soit notamment du syndrome post-traumatique, avec un état anxieux dépressif chronique. En effet, l'expert psychiatre l'a expressément mentionné, en ajoutant que l'état psychique du recourant s'est progressivement modifié après le traumatisme physique de 2003, dans le sens d'une réaction anxieuse et dépressive entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. L'expert psychiatre a tenu compte, dans son anamnèse, des plaintes du recourant et des constatations des médecins traitants. Il a fait des observations objectives. Par ailleurs, le recourant a été en mesure de travailler, depuis février 2002 jusqu'à son accident, sans que de tels troubles ne l'en aient empêché. Par conséquent, il est à constater que, depuis son arrivée en Suisse jusqu'à son accident, le recourant n'a pas souffert de tels troubles, du moins pas dans une mesure invalidante, sans quoi il n'aurait pas pu travailler de 2002 à 2004. Or, il est difficile de concevoir qu'il y ait eu une amélioration suffisante pour que le recourant s'adapte en Suisse et puisse y travailler avant que lesdits troubles s'aggravent au point d'entraîner une incapacité totale de travail durable. Cette période précédant l'accident démontre, en outre, que le recourant a su s'adapter et qu'une conversion professionnelle ne semble pas impossible, contrairement à ce que qu'il soutient. Au demeurant, sur ce dernier point, le rapport d'expertise du 2 mai 2007 retient que le recourant est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

bb) En outre, la Dresse L._____ ayant été le médecin traitant du recourant, pour ce qui concernait ses troubles d'ordre psychique, il convient, conformément à la jurisprudence, d'admettre ses constatations avec réserve. En outre, en cas d'expertise médicale judiciaire, le juge ne s'en écarte en principe pas sans motifs impérieux des conclusions de cette expertise, en raison de la force probante accrue qu'attache la jurisprudence à ce genre d'expertise. Or, aucun motif ne semble suffisamment impérieux pour s'écarter du rapport d'expertise du CEMed. En effet, tout comme la Dresse L._____, les experts tiennent compte d'événements identiques, notamment de la période de guerre et

ont réalisé un examen suffisant en la matière. En ce qui concerne le caractère lacunaire, dont se prévaut le recourant, force est de constater que, même si le rapport d'expertise aurait pu, sur le plan psychique, poser des diagnostics plus clairs - ce à quoi il renonce probablement en raison du fait qu'il ne retient aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique et que, dès lors, aucun diagnostic ne doit être clairement établi pour fonder de telles limitations -, il n'en demeure pas moins qu'il permet d'établir une absence de ralentissement et qu'il s'avère difficile de considérer, compte tenu de l'état de santé de recourant, que celui-là réunit les autres symptômes de F32 du CIM-10 (trouble dépressif majeur, épisode isolé).

Dès lors, même si le rapport d'expertise du 2 mai 2007 est perfectible, il ne présente aucune lacune ou autre défaut constituant un motif impérieux justifiant que le juge s'en écarte. En raison de sa force probante accrue, il prime le rapport de la Dresse L. _____ du 18 avril 2008.

Au demeurant, bien que la Dresse L. _____ situe le recourant dans la catégorie dépressif sévère, il convient de considérer, en raison de l'absence de ralentissement marqué et d'un véritable état de détresse du recourant ainsi que de l'absence de réunion des autres symptômes, a à g, de F32 du CIM-10, tel que cela ressort du rapport d'expertise du 2 mai 2007, que le recourant pourrait tout au plus présenté un épisode dépressif léger. En tout état de cause, au vu des circonstances, l'état dépressif du recourant est d'une intensité insuffisante pour influencer notablement et durablement sa capacité de travail.

cc) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir qu'au plan psychique, aucun élément ne permet de s'écarter du rapport d'expertise du 2 mai 2007 et que, compte tenu de sa force probante accrue, il prime le rapport du 18 avril 2008 établi par la Dresse L. _____. En tout état de cause, compte tenu des éléments ressortant de ces deux rapports, l'état dépressif du recourant est insuffisant pour influencer négativement sa capacité de travail.

c) Il ressort en outre du dossier que le recourant n'a pas voulu profiter de l'aide au placement auquel il avait droit et qui lui aurait éventuellement permis de trouver une occupation, que sa motivation quant à la reprise d'une activité professionnelle est faible, qu'il a mis fin à son suivi psychiatrique, alors qu'il se considère comme atteint d'un tel trouble, compte tenu des motifs invoqués dans son recours, et que les mesures thérapeutiques proposées par le Dr Q._____ sont restées lettre morte en raison du manque de collaboration du recourant. Or, conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. En l'espèce, on aurait dès lors pu raisonnablement exiger du recourant qu'il profite de cette aide au placement, qu'il poursuive son suivi psychiatrique et qu'il collabore aux mesures thérapeutiques proposées par le Dr Q._____. Dans ces circonstances, on ne peut que retenir que le recourant n'a pas pris toutes les mesures exigibles de lui pour diminuer son dommage.

Il convient de retenir que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant peut être raisonnablement exiger de lui à un taux de 100%.

5. a) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA, I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

b) En l'espèce, hormis au plan psychique, les rapports médicaux ne sont pas contradictoires, de sorte qu'aucune mesure d'instruction complémentaire ne s'avère requise. Sur le plan psychique, une telle expertise ne peut être mise en oeuvre que si le rapport

d'expertise du CEMed du 2 mai 2007 a ignoré des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. Or, comme constaté auparavant, bien qu'il puisse être perfectible, le rapport d'expertise ne souffre aucun défaut qui conduirait à son invalidation. En effet, même s'il ne pose pas clairement de diagnostics, il a tenu compte de la situation du recourant, notamment de ses antécédents psychiques, et s'est basé sur les mêmes éléments que le rapport de la Dresse L. _____ du 18 avril 2008. Dès lors, on ne peut en aucun cas considéré que ce dernier rapport apporte des éléments objectifs pertinents que le rapport d'expertise du CEMed aurait ignorés.

En définitive, la situation médicale du cas est claire. Le rapport du 18 avril 2008 de la Dresse L. _____ ne comprend pas d'éléments permettant d'invalider le rapport d'expertise du 2 mai 2007. Par voie de conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise complémentaire du recourant.

En ce qui concerne le calcul de l'OAI sur le revenu d'invalidé, il est correct. C'est à juste titre que l'OAI a retenu comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente), soit 4'588 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (ESS 2004, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52 ($4'588 \text{ fr.} \times 41,6 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24. Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant – selon lesquelles une capacité de travail totale dans une activité adaptée est exigible – ainsi que de ses problèmes linguistiques – l'ignorance de la langue française ne constitue toutefois pas en soi un motif d'octroi de rente –, c'est avec raison que l'OAI a procédé à un abattement de 10%. Le revenu annuel avec invalidité raisonnablement exigible du recourant s'élève ainsi à 51'532 fr. 42 ($57'248 \text{ fr.} 24 - 10\%$). En raison du fait que le

recourant aurait pu obtenir, en 2004, un salaire annuel de 57'564 fr. en tant qu'aide-maçon ou aide-peintre. Son degré d'invalidité est de 10% ([57564 fr. - 51'532 fr. 42] / 57'564 fr.). Ce degré est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (40% minimum; art. 28 al. 2 LAI). C'est donc à bon droit que l'OAI a refusé d'octroyer une rente au recourant.

6. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P._____.
- 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 H. _____ (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: