

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Pittet et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

H. _____, à Vevey, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat
au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 28 al. 3 LPGA

E n f a i t :

A. a) H._____, né en 1951, a travaillé du 18 février au 12 mai 2004 en qualité de manoeuvre auprès de [...], maraîcher-horticulteur, à [...]. Par courrier du 6 mai 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 août 2004, en indiquant qu'"après 17 ans de service dans l'Entreprise (autrefois dirigée par mon père), je me rends compte que la situation est devenue ingérable. Après mûre réflexion et suite à plusieurs remarques, je constate que l'ambiance de travail s'est dégradée vu votre comportement".

Le 16 mai 2004, l'assuré s'est plaint de douleurs lombaires accompagnées d'un blocage lombaire avec des irradiations au niveau des deux membres inférieurs l'empêchant de travailler. Au bénéfice d'un arrêt de travail, son cas a été pris en charge par la J._____ Assurances, assureur perte de gain de l'employeur.

Dans un courrier du 21 juin 2004 adressé au Dr Z._____, médecin traitant de l'assuré, le Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné qu'il avait procédé à un examen neurologique de l'assuré, ce dernier se plaignant depuis cinq mois de lombalgies d'emblée chroniques s'accompagnant depuis trois mois de douleurs paresthésiantes irradiant à la face postérieure des membres inférieurs jusqu'aux orteils. L'examen précité s'est révélé tout à fait normal, ainsi que l'EMG qui n'a pas montré de signe de polyneuropathie, ni de lésion axonale des myotomes S1 ddc. Le Dr X._____ a dès lors préconisé une IRM lombaire, l'anamnèse évoquant des lombosciatalgies S1 bilatérales purement irritatives.

Un CT-scan lombaire pratiqué le 15 juillet 2004 a mis en évidence un discret bombement discal postérieur diffus en L4-L5 (n'atteignant toutefois pas la définition d'une hernie et sans image franche permettant de retenir un conflit disco-radicaire), un bombement discal postérieur médian essentiellement paramédian et en partie foraminaux en

L5-S1 (rapport du 16 juillet 2004). Il était possible qu'un conflit radiculaire de topographie S1 droite puisse survenir à la station debout au vu de l'imagerie. Il n'y avait par contre pas d'image permettant d'évoquer une hernie discale luxée.

Dans ce contexte, la J._____ Assurances a mandaté le Centre D._____ pour la réalisation d'une expertise rhumatopsychiatrique. Dans un rapport de synthèse du 1^{er} novembre 2004, faisant suite à un examen clinique de l'assuré en date du 7 octobre 2004 à l'aide d'un traducteur, les Drs M._____, spécialiste FMH en rhumatologie et R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de lombalgies provoquées par le frottement des épineuses L4-L5, d'hypertension artérielle traitée et d'obésité. Ils n'ont toutefois retenu aucune affection psychiatrique. S'agissant de l'appréciation du cas, les experts ont exposé ce qui suit :

"Sur le plan somatique, l'assuré présente brusquement des lombalgies avec blocage et irradiation dans la face postérieure des membres inférieurs le 16 mai 2004. La situation ne s'améliore pas depuis lors, malgré un traitement médical bien conduit. L'examen clinique permet de mettre en évidence une douleur élective au niveau des épineuses et des ligaments interépineux L4-L5. Les douleurs sont augmentées lorsque le patient se met en extension.

Il n'y a par contre pas de trouble neurologique.

D'un point de vue rhumatologique, il est possible que ce patient présente des douleurs liées à des frottements entre les 2 épineuses. Un traitement par infiltration permettrait probablement de supprimer les douleurs.

Sur le plan psychosocial, le niveau de scolarité est faible et ses connaissances du français extrêmement rudimentaires. Il ne présente pas d'altération de la personnalité, pas de trouble de caractère apparent, ni de signe de décompensation psychiatrique. Les plaintes sont exclusivement physiques, le traitement n'a pas amené les changements escomptés, aussi le patient dit se déprimer en réaction et s'ennuyer à la maison.

Il n'y a pas d'exagération du handicap perceptible. Cet assuré paraît authentique et honnête. Il ne semble pas non plus y avoir de bénéfice secondaire, ce d'autant plus que Monsieur H._____ aimait beaucoup son travail et qu'il serait ravi de pouvoir le reprendre. Il craint de perdre sa place en étant malade trop longtemps, car son employeur a

récemment vendu beaucoup de son domaine et n'a gardé que 2 ouvriers".

Au vu de ces éléments, les experts ont considéré qu'*"il est probable que suite au traitement par infiltration, la reprise du travail devrait être possible à 100 % à la fin novembre"*.

Dans un courrier du 17 décembre 2004 adressé au Dr Z._____, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie, a précisé qu'il avait reçu le patient en vue d'une évaluation clinique et d'une infiltration rachidienne. Après avoir examiné le patient de manière succincte, ce praticien a constaté une douleur à la palpation de l'espace inter-épineux L4-L5 et plus modérément L5-S1, ce point douloureux étant souvent sensible lors de dysfonction mineure des articulations postérieures L4-L5, L5-S1. Ces dernières étaient électivement douloureuses à la palpation profonde en décubitus ventral, endroit même du départ des douleurs énoncées par le patient. Le Dr K._____ a dès lors opté pour une infiltration épidurale de stéroïde, afin notamment d'avoir un effet probablement significatif sur le conflit radiculaire S1.

Par courrier du 14 novembre 2005 adressé au médecin-conseil de la J._____ Assurances, le Dr Z._____ a donné quelques renseignements au sujet de l'évolution du cas de l'assuré suite au traitement par infiltration à laquelle avait procédé le Dr K._____ le 13 décembre 2004. Le médecin traitant a ainsi expliqué que son patient l'avait consulté pour la dernière fois le 13 janvier 2005. Il ne présentait alors aucune modification ni de ses plaintes, ni du status clinique, lequel était superposable à celui décrit dans le rapport d'expertise du Centre D._____. Le patient se montrait en définitive incapable de la moindre activité professionnelle sans qu'un problème objectif puisse être mis en évidence, si ce n'est une extrême nervosité.

Par lettre du 9 février 2005 adressé au médecin-conseil de la J._____ Assurances, le Dr M._____ a indiqué avoir pris connaissance des courriers des Drs K._____ et Z._____. Constatant que la prise en charge du Dr K._____ avait été tout à fait correcte, il a précisé que les

plaintes décrites par le patient, après ce geste, n'étaient pas compatibles avec le résultat espéré. Il a toutefois indiqué que l'arrêt de travail n'était plus justifié au vu de l'examen du 7 octobre 2004, raison pour laquelle il préconisait une reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} février 2005.

La J._____ Assurances a finalement cessé le versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2005.

b) Le 23 juin 2005, H._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud une demande de rente et de mesures professionnelles en raison de "*lombalgies, douleurs aux jambes, cholestérol, stress, sensations d'étouffement...*". L'Office AI a versé à son dossier plusieurs rapports médicaux.

Dans un rapport médical du 28 juin 2005 adressé au Dr Z._____, la Dresse F._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a exposé ce qui suit dans le cadre de l'appréciation du cas de l'assuré :

"M. H._____ souffre de lombalgies mécaniques persistantes depuis le printemps 2005, et qui ont été mises en rapport avec des troubles dégénératifs modérés, l'examen neurologique réalisé en juillet 2004 n'ayant pas révélé d'atteinte radiculaire, examen complété par un CT-scan lombaire qui n'a pas démontré de conflit radiculaire net mais une simple protusion discale aux deux derniers étages lombaires.

Malgré l'arrêt de travail la situation n'a pas évolué de manière favorable, le patient décrivant au contraire une aggravation de la situation avec une extension du tableau douloureux.

Actuellement à l'examen clinique on ne retrouve pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, ni de syndrome lombo-vertébral. Des signes de non organicité sont présents, et le tableau est aujourd'hui fortement évocateur à un trouble somatoforme douloureux persistant.

Lorsqu'en fin de consultation après une heure d'anamnèse et d'examen clinique j'ai tenté d'aborder le problème de la reprise du travail. J'ai essayé de lui faire comprendre que la seule solution était de trouver une activité professionnelle moins lourde que celle d'aide-maraîcher afin de ménager son

dos. Je lui ai aussi précisé qu'il était impératif de débiter une activité physique afin d'obtenir un renforcement musculaire. La situation s'est alors dégradée, le patient ayant manifesté une agressivité impressionnante et il a quitté la salle d'examen très fâché. Sa fille s'est excusée de l'attitude de son père et je lui ai proposé de la revoir seule pour discuter, mais elle ne m'a à ce jour pas recontactée.

Le pronostic est bien évidemment très défavorable quant à une reprise du travail chez ce patient dont la capacité de travail est cependant de 100 % dans une activité adaptée, autorisant des stations assise et debout alternées qui n'impliquent pas de port de charges".

Dans un rapport du 24 juin 2004 (recte 2005) faisant suite à un consilium psychiatrique, la Dresse L. _____ et N. _____, respectivement médecin assistante et psychologue adjoint à la Fondation [...], ont rappelé que l'assuré avait été examiné à trois reprises (14 février, 17 mars et 26 mai 2005) à la demande de son médecin traitant pour une évaluation psychiatrique dans le contexte d'une incapacité de travail durant depuis un an. Retenant les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F 45.1) et de difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3), les praticiens précités ont indiqué que le patient avait développé un sentiment d'injustice et un désir de réparation vis-à-vis de son ancien patron et des assurances. Par ailleurs, il était à bout et impuissant à sortir de cette position passive-agressive. Son état psychique se péjorait et ses angoisses semblaient prendre une tournure paranoïde. Après une période d'évaluation, l'intéressé ne voulait toutefois plus d'une prise en charge psychiatrique.

Dans un rapport médical du 8 août 2005 adressé à l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de lombo-sciatalgies bilatérales, non spécifiques, sur troubles statiques modérés (présent depuis mars 2004) et d'état anxio-dépressif avec grande nervosité (présent depuis juin 2004). Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 13 mai 2004. Le médecin traitant a indiqué que la situation était actuellement bloquée. En effet, la J. _____ Assurances demandait à l'assuré la reprise du travail qui se révélait impossible pour son patient, compte tenu de ses souffrances. Un deuxième avis avait été demandé en juin 2005 à la Dresse F. _____

qui avait également conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le Dr Z. _____ a dès lors retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée, soit autorisant des stations assise et debout alternées et n'impliquant pas de port de charges, et ce dès le 1^{er} septembre 2005.

c) Par décision du 13 septembre 2005, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations AI à l'assuré (rente et mesures professionnelles), car il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens l'art. 8 LPGA.

Suite à l'opposition formée par l'assuré, l'OAI a estimé qu'il convenait de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assuré suite à l'infiltration pratiquée le 13 décembre 2004 par le Dr K. _____.

Dans un rapport médical des 8 et 9 mai 2007, le Dr K. _____ a retenu que l'assuré présentait des lombosciatalgies chroniques et un état dépressif important traité. Après l'infiltration du 13 décembre 2004, il avait convoqué le patient pour répondre à la demande de l'OAI. Dans le cadre de l'appréciation du cas, le Dr K. _____ a relevé ce qui suit :

"(...) En reprenant le dossier, l'anamnèse m'a paru éloquente pour un patient triste, déprimé et complètement déconditionné, qui de surcroît présentait déjà des lésions dégénératives lombaires et une symptomatologie en relation. L'examen clinique du 8 mai met en évidence un important syndrome lombaire, reproductible lors des mouvements d'inclinaison, rotation et antéflexion du tronc, non déficitaire sur le plan neurologique. J'ai effectué un complément de radiographies qui mettent en évidence une importante arthrose postérieure de L4 à S1, le canal est pour moi fortement rétréci en dessous de L4 jusqu'en S1, les espaces inter-somatiques sont plus ou moins préservés, on y observe également d'importantes calcifications des ligaments longitudinaux antérieurs en L4-L5, L3-L4 et en D10-D11, D11-D12 et D12-L1. Pas d'atteinte coxo-fémorale ou sacro-iliaque.

Dans ces conditions, surtout de par le fait que ce patient dont je ne connais pas le diagnostic psychiatrique, me paraissait extrêmement abattu, déprimé et triste, il est totalement illusoire de pouvoir réorienter cet homme âgé de maintenant 59 ans, sans formation spécifique et s'exprimant extrêmement mal dans notre langue. De surcroît, le tableau, probablement amplifié par l'état de mal-être global est au centre de ses plaintes, plaintes qui sont objectivables par

une importante arthrose postérieure et un canal étroit, pour lequel je reverrai éventuellement le patient à la demande du médecin traitant pour effectuer d'autres infiltrations et/ou l'orienter vers un centre de neurochirurgie pour une éventuelle intervention en cas de décompensation majeure. A ce propos, j'ai pu tirer de l'anamnèse que le patient présente une vraisemblable claudication neurogène bilatérale, maintenant à 200 mètres au maximum.

En résumé, compte de ce contexte extrêmement défavorable, l'octroi d'une rente entière me paraît la seule solution possible dans l'état actuel des choses".

Le Dr K. _____ a dès lors exclu la reprise de l'activité habituelle, alors que dans une activité légère, il a estimé que la capacité de travail avoisinait les 20 à 30 %.

Dans un rapport médical du 15 décembre 2007, la Dresse T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de qui l'assuré était en traitement, a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales non spécifiques sur troubles statiques modérés, de dyspnée d'effort intermittente, d'hypercholestérolémie traitée, d'obésité et de syndrome psycho-organique comprenant des crises d'anxiété et un état fortement dépressif (grande nervosité). Attestant une incapacité totale de travail dès le 13 mai 2004, la psychiatre traitante a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire, tout en précisant qu'il pouvait s'aggraver. S'agissant du pronostic, elle a indiqué que l'assuré était son patient depuis le 8 novembre 2005 et qu'il suivait une psychothérapie en raison de problèmes psycho-organiques. Ces troubles provoquaient "*toute sorte de cortège dépressif, des crises d'angoisse, des comportements impulsifs*".

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 7 mars 2008, le Dr G. _____ a estimé que le diagnostic retenu par la Dresse T. _____, à savoir un "*syndrome psycho-organique comprenant des crises d'anxiété et un état fortement dépressif (grande nervosité)*" était similaire à un "*état anxiodépressif avec grande nervosité existant depuis juin 2004*" annoncé par le Dr Z. _____ le 8 août 2005. Les troubles psychiques décrits depuis juin 2004 étaient qualifiés de stationnaire et avaient été pris en compte dans l'examen du Centre D. _____ le 1^{er} novembre 2004. Selon le

Dr G._____, aucun élément médical versé au dossier depuis l'avis du 23 juin 2007 ne permettait de s'écarter des conclusions du Centre D._____, tant sur le plan somatique que psychiatrique. La capacité de travail était dès lors entière dans l'activité antérieure dès le 1^{er} février 2005 (lettre du Centre D._____ signée par le Dr M._____).

Par avis médical du 8 mai 2008, le Dr V._____ du SMR s'est prononcé comme il suit s'agissant de la capacité de travail de l'assuré sur le plan somatique :

"Selon le rapport d'expertise du Centre D._____ du 01.11.2004, le diagnostic retenu sur le plan ostéo-articulaire est "lombalgies provoquées par le frottement des épineuses L4-L5". Un traitement par infiltration est préconisé. Radiologiquement, il n'y a ni hernie discale, ni canal lombaire étroit.

La CT [capacité de travail] est entière dans toute activité.

Lors de l'examen du Dr K._____ du 08.05.2007 sont mis en évidence un important syndrome lombaire et une importante arthrose postérieure L4 à S1 avec rétrécissement du canal L4 à S1. Il s'agit d'une aggravation objective de l'état de santé.

Cette affection justifie les limitations fonctionnelles suivantes :

Pas de port régulier de charges de plus de 15 kg; pas d'activité en porte-à-faux du rachis; possibilité d'alterner les positions assise et debout.

Dans une activité adaptée à ces limitations, l'exigibilité médicale est de 100 %, sans diminution de rendement".

d) Par décision sur opposition du 29 mai 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 13 septembre 2005 et a conclu au rejet de la demande de prestations (mesures professionnelles et rente). Il a retenu que le rapport d'expertise du Centre D._____ avait pleine valeur probante. Suite à l'appréciation du Dr K._____ et du SMR, l'OAI a constaté que l'assuré présentait de nouvelles limitations fonctionnelles (pas de port régulier de charges de plus de 15 kg; pas d'activité en porte-à-faux du rachis; possibilité d'alterner les positions assise et debout). Il convenait dès lors

d'admettre que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle en raison des nouvelles limitations fonctionnelles précitées. En revanche, sa capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. L'OAI a ainsi déterminé le préjudice économique de l'assuré en procédant à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'732 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2006, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2006 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+1.60 % et 2.07 %) et d'un taux d'abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de permettant de conclure à l'absence de préjudice économique, raison pour laquelle l'assuré n'avait pas droit à une rente.

B. a) H._____ recourt contre cette décision sur opposition le 25 juin 2008 et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le mois de décembre 2005 au moins. A l'appui de son recours, il fait notamment valoir que l'intimé n'était pas en droit de se fonder sur un rapport d'expertise établi à la demande de son assureur perte de gain, dès lors qu'il n'a jamais donné son accord pour que le dossier constitué par cette assurance soit transmis à l'intimé. Il soutient en outre, que même si l'on devait se référer à ce rapport, daté du 1^{er} novembre 2004, soit il y a plus de 3 ans et demi, il y aurait lieu de prendre en compte l'aggravation de son état de santé depuis lors, aussi bien sur le plan physique, comme l'atteste le rapport du Dr K._____, que sur le plan psychique, comme l'atteste le rapport de la Dresse T._____.

b) Dans sa réponse du 24 septembre 2008, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il considère que la majorité des médecins consultés ont un avis concordant quant à la nature des lésions et des limitations fonctionnelles. Les seules divergences d'opinion résultent d'une appréciation différenciée de la capacité de travail de l'assuré.

c) Dans sa réplique du 20 décembre 2008, le recourant, désormais représenté par son conseil, requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) motif pris que l'expertise réalisée par le Centre D._____ en novembre 2004 est trop ancienne et en totale contradiction avec les rapports récents des Drs K._____ et T._____, lesquels estiment que sa capacité de travail, même dans une activité légère, est nulle.

d) Dans sa duplique du 27 janvier 2009, l'intimé s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, dès lors que, suite à l'opposition du recourant, elle a procédé à une instruction complémentaire et que le dossier ne présente ainsi plus de lacune.

e) Dans le cadre d'une audience qui s'est déroulée le 24 août 2010 en présence des parties, le recourant a été entendu et a produit à cette occasion un certificat médical du 7 juillet 2010 du Dr Z._____, ainsi qu'un courrier du 17 août 2010 de la Dresse T._____.

f) Par courrier du 6 septembre 2010, le juge instructeur a demandé au Centre D._____ de déterminer l'évolution de l'état de santé (diagnostics) et de la capacité de travail de l'assuré depuis l'expertise du 1^{er} novembre 2004.

g) Dans un rapport de synthèse du 27 avril 2011 ("expertise pluridisciplinaire"), faisant suite à un examen bidisciplinaire du 18 novembre 2010 (en présence d'un traducteur), les Drs C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et P._____, spécialiste FMH en rhumatologie au Centre D._____, ont conclu que l'assuré présentait des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec des discopathies étagées. Les autres diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail, y compris le syndrome douloureux somatoforme persistant. En effet, en l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, et de l'échec d'un traitement selon les règles de l'art, le syndrome douloureux somatoforme persistant de l'assuré n'atteignait, en

conséquence, pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail de longue durée. Ils ont dès lors attesté une diminution de rendement de 30 % dans l'activité habituelle et une totale capacité de travail dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites (les efforts sollicitant fortement le dos par le lever de lourdes charges de plus de 20 kg ou par le lever répétitif de charges de plus de 10 kg étaient contre-indiquées de même que les activités se déroulant de façon prépondérante avec le haut du corps en porte-à-faux ou nécessitant des mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc).

h) Dans ses déterminations du 19 mai 2011, l'intimé se rallie à un avis médical du Dr V._____ du 13 mai 2011, qui conclut à la valeur probante du rapport d'expertise du 27 avril 2011.

i) Par lettre du 14 juillet 2011, le recourant produit un rapport médical du 15 juin 2011 du Dr Z._____, ainsi que deux rapports médicaux des 24 juin 2011 et 5 juillet 2011 de la Dresse T._____. Au vu du désaccord des médecins précités quant aux conclusions des experts et des critiques implicites formulées à l'encontre du Centre D._____, le recourant requiert l'audition de ses médecins traitants ou la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire.

j) Par courrier du 12 septembre 2011, l'intimé transmet un avis médical du 8 septembre 2011 du Dr V._____, auquel il se rallie. Ce praticien a conclu que les médecins traitants n'apportaient aucun élément médical de nature à jeter un trouble sérieux sur les conclusions des experts.

k) Par lettre du 19 octobre 2011, le recourant constate que le Dr V._____ n'est pas un médecin-psychiatre et sollicite une décision incidente suite à sa requête d'instruction du 14 juillet 2011.

l) Par courrier du 14 novembre 2011, l'intimé rappelle que le recourant n'a pas droit à une seconde opinion du seul fait que les

conclusions de l'expertise ne vont pas dans le sens souhaité. En outre, bien que le Tribunal fédéral ait récemment recommandé quelques ajustements lorsqu'il fait appel à un COMAI, les expertises réalisées selon l'ancien système de procédure ne perdent pas pour autant leur valeur probante. Dans le cas présent, l'expertise critiquée est tout à fait récente et satisfait à toutes les exigences requises.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 25 juin 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

a) 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 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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 256 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. 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; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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; 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Sous réserve d'une gravité particulière, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une

comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

3. Tout d'abord, le recourant se plaint implicitement d'une violation de l'art. 28 al. 3 LPGA. A son avis, l'intimé se serait fondé sur des moyens de preuve - notamment le rapport d'expertise du 1^{er} novembre 2004 établi par les Drs M. _____ et R. _____ - qui auraient été recueillis, alors qu'il n'avait pas donné son accord à la production dans la cause du dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, singulièrement du rapport d'expertise précité.

a) Selon l'art. 28 al. 3 LPGA, le requérant est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations. Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis. L'autorisation doit toujours se référer à un cas particulier et les renseignements sollicités doivent être pertinents, autrement dit nécessaires pour établir le droit aux prestations. Un tiers ne saurait se voir contraint de fournir des renseignements généraux en dehors d'un cas concret (Rapport du 26 mars 1999 de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé relatif au projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, FF 1999 4231). L'autorisation délivrée par l'assuré porte sur la fourniture de renseignements et inclut la production des documents propres à les justifier (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., 2009, n° 38 ad art. 28 LPGA). En revanche, l'octroi de l'autorisation ne permet en principe plus à l'assuré de se plaindre d'une violation du secret de fonction ou du secret professionnel pour faire écarter les pièces jointes au dossier (Kieser, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, p. 432 ss.).

b) Le formulaire standard de demande de prestations de l'assurance-invalidité contient la formule suivante:

"En signant ce formulaire, l'assuré(e) ou son/sa représentant(e) autorise toutes les personnes et tous les offices entrant en considération, en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses-maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'aide sociale privées, à donner aux organes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité les renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations, ainsi que ceux visant à l'exercice par l'assurance du droit de recours contre les tiers responsables contre lesquels l'assuré(e) peut faire valoir des prétentions en dommage-intérêts ensuite du préjudice subi".

Telle que rédigée, cette autorisation s'avère conforme à l'art. 28 al. 3 LPGA. Même si le cercle des personnes concernées peut sembler à première vue général et abstrait, l'autorisation ne permet que la production de renseignements qui sont en rapport étroit avec la demande concrète de prestations et n'apparaît pas comme le prétexte à une recherche indéterminée d'informations. En signant le formulaire de demande, l'assuré autorise expressément les tiers concernés à ne donner aux organes de l'assurance-invalidité que les renseignements nécessaires - et seulement ceux-ci - à l'examen de la demande. Cette autorisation est non seulement conforme à la loi, mais également appropriée au regard des principes de célérité et d'économie de la procédure. Le requérant a en effet un intérêt légitime à voir sa demande de prestations être traitée le plus rapidement possible, sans que les mesures d'instruction ne se prolongent ou se multiplient à l'excès (voir également RCC 1977 p. 23 ad art. 65 RAI), l'assuré demeurant par ailleurs libre de contester en tout temps la valeur probante des pièces recueillies ou de demander la mise en oeuvre de mesures d'instruction supplémentaires (TF 9C_250/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3).

c) En tant qu'il renferme très souvent des indications relatives aux circonstances qui sont à l'origine de l'incapacité de travail, le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie présente un intérêt non négligeable dans le cadre du traitement d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, il ne fait aucun doute que cet assureur fait partie des tiers concernés par l'autorisation contenue

dans le formulaire de demande de prestations. Ainsi, le dossier constitué par la J._____ Assurances était utile à l'examen du bien-fondé de la demande de prestations; les pièces que celle-ci contenait apparaissaient nécessaires à cet examen, puisqu'elles renfermaient des évaluations médicales, en particulier psychiatriques, concernant la capacité de travail et de gain du recourant. Ce dernier ne prétend pas le contraire, puisqu'il ne s'en prend dans son recours qu'à l'absence de l'autorisation qu'il aurait octroyée dans le cadre de sa demande de prestations, sans porter de griefs sur la teneur des pièces produites.

4. En l'espèce, sur le plan somatique, si les différents praticiens consultés s'accordent à reconnaître que le recourant présente une pathologie lombaire, ainsi qu'un syndrome douloureux, ces médecins n'ont pas le même avis s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré compte tenu des atteintes qu'il présente.

a) Ainsi, le recourant se plaint de douleurs lombaires depuis de nombreuses années avec une exacerbation depuis le 13 mai 2004. L'expertise réalisée à la demande de l'assureur perte de gain à l'époque a conclu à la présence de lombalgies provoquées par le frottement des épineuses L4-L5 qu'il y avait lieu de traiter par infiltration, finalement pratiquée le 13 décembre 2004 par le Dr K._____. La prise en charge du Dr K._____ ayant été tout à fait correcte, l'expert M._____ a estimé que les plaintes décrites par le patient, après ce geste, n'étaient pas compatibles avec le résultat espéré et que l'arrêt de travail n'était plus justifié au vu de l'examen du 7 octobre 2004, raison pour laquelle il a conclu à une reprise du travail à 100 % dès le 1^{er} février 2005 (lettre du 9 février 2005).

Dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 27 avril 2011, les Drs C._____ et P._____ du Centre D._____ ont confirmé la présence de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire sous forme de discopathies étagées présents depuis 2004 et une limitation de la mobilité du rachis dont il était cependant difficile d'apprécier l'importance, vu les

discordances constatées à d'autres moments de l'examen clinique de l'assuré. Ils ont estimé que ces troubles n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, soit respectant certaines limitations fonctionnelles, avis corroboré par les Drs F._____ (rapport médical du 28 juin 2005) et V._____ (avis médical du 8 mai 2008). Les limitations fonctionnelles finalement retenues par les experts C._____ et P._____ sont toutefois plus importantes que celles décrites par les Drs F._____ et V._____.

L'avis du Dr K._____ (rapport médical des 8 et 9 mai 2007) excluant la reprise de l'activité habituelle et concluant à une capacité de travail avoisinant les 20 à 30 % dans une activité légère, n'emporte pas la conviction et ce, pour plusieurs motifs. Tout d'abord, le Dr K._____ a fait état d'une claudication neurogène à la marche qui serait limitée à 200 mètres, alors qu'il n'y a pas eu, comme le soulignent les experts, d'intervention thérapeutique depuis 2007. Au demeurant, l'assuré a indiqué à l'expert C._____ qu'il se rendait fréquemment en ville pour rencontrer des amis, qu'il faisait les courses à la [...], puis rentrait à pied. Par ailleurs, l'expert P._____ a écarté, au vu du scanner du 30 août 2007, les diagnostics d'arthrose et sténose du canal rachidien avancés par le Dr K._____, l'examen radiologique révélant uniquement des protusions discales foraminales déjà décrites sur le CT-scan de 2004, apparemment sans grande évolution. Enfin, le Dr K._____ - qui est rhumatologue - s'est essentiellement référé à l'attitude du recourant durant l'examen clinique, ce dernier apparaissant comme extrêmement abattu, déprimé et triste. Dans ce contexte, le Dr K._____ a signalé qu'il était totalement illusoire de pouvoir réorienter cet homme âgé de maintenant 59 ans, sans formation spécifique et s'exprimant très mal en français. Il a finalement conclu à une incapacité de travail totale depuis 2004 en raison de lombosciatalgies chroniques et d'un état dépressif important, sans fournir d'explications plus convaincantes permettant de motiver son avis quant à la capacité de travail et d'éventuelles limitations fonctionnelles.

b) Sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, les experts ont considéré que si l'atteinte organique pouvait être à l'origine de lombalgies, éventuellement d'irradiations douloureuses, elle ne pouvait cependant expliquer que très partiellement l'importante symptomatologie douloureuse et la gêne fonctionnelle rapportée par le recourant. Compte tenu de l'extension progressive du territoire douloureux, de la mauvaise réponse aux différentes thérapies et des troubles objectifs modérés, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme, diagnostic également évoqué par la Dresse F._____ en 2005. Il convient toutefois de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2d supra), ce qui sera examiné ci-après.

c) Enfin, les experts C._____ et P._____ ont clairement écarté toute diminution de la capacité de travail en raison d'autres pathologies somatiques à savoir le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'obésité, en l'absence de décompensation importante ou d'atteintes d'autres organes (par exemple polyneuropathie ou rétinopathie). Au niveau du genou, l'examen radiologique pratiqué le 26 juin 2008 a mis en évidence une osthéophytose de la rotule, mais les espaces fémoro-tibiaux étaient conservés et il n'y avait pas de signe dégénératif significatif. L'examen clinique pratiqué par l'expert P._____ n'a pas révélé de signe en faveur d'une pathologie méniscale ou de signe pour une instabilité.

d) Il convient dès lors de retenir que la situation concernant la pathologie lombaire a évolué, en ce sens qu'une baisse de rendement de 30 % au maximum dans l'activité de maraîcher doit être retenue, selon les activités physiques demandées. Par contre, dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites par les experts, la capacité de travail est entière.

5. a) Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du 1^{er} novembre 2004 des Drs M._____ et R._____ ne retenait aucune

affection psychiatrique en l'absence d'altération de la personnalité, de trouble du caractère apparent et de signe de décompensation psychiatrique (p. 12). Depuis lors, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant d'un point de vue psychique, l'expert C._____ ayant conclu à l'absence de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles paniques ou phobiques, ainsi que d'un trouble de la personnalité morbide (rapport d'expertise du 27 avril 2011, p. 16). L'expert a mentionné que le recourant s'était installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de symptômes psychiques qui restaient cependant incohérents voire contradictoires. Certes, dans ses rapports médicaux successifs des 15 décembre 2007, 24 juin et 5 juillet 2011, la Dresse T._____ a indiqué suivre régulièrement l'assuré pour une prise en charge psychiatrique depuis le 8 novembre 2005 en raison d'un syndrome psycho-organique comprenant des crises d'anxiété et un état fortement dépressif. Ce diagnostic, similaire à l'"*état anxio-dépressif avec grande nervosité existant depuis juin 2004*" annoncé par le Dr Z._____, a été écarté par l'expert C._____ au vu de l'anamnèse et du dossier. Il a cependant admis que le recourant souffrait d'une humeur fluctuante avec des périodes d'abaissement de l'humeur en réaction à l'aggravation de ses douleurs. Dans ce cadre, il était possible que l'état du recourant réponde transitoirement aux critères diagnostics d'un épisode dépressif, que l'on pouvait assimiler à des symptômes dépressifs, accompagnant un syndrome douloureux somatoforme persistant. Toutefois, ces symptômes ne pouvaient être qualifiés de comorbidité psychiatrique autonome (rapport d'expertise du 27 avril 2011, p. 17).

b) Dans le contexte d'un syndrome somatoforme persistant, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante chez le recourant, les experts C._____ et P._____ ont procédé à l'examen des critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permettrait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail. Il a ainsi été constaté que l'intégration sociale était conservée, car le recourant entretenait des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical. Il ne présentait pas non plus de perte de l'intérêt et du plaisir (intérêt pour des

matchs de football, rencontre avec des compatriotes, projet d'un voyage en Serbie). En outre, on ne pouvait conclure, au vu de consultations psychiatriques à raison d'une fois tous les deux à trois mois et d'un traitement psychotrope se limitant à 5 mg de Valium, à l'échec d'un traitement selon les règles de l'art.

c) Au vu des éléments précités, c'est à juste titre que les experts ont considéré que le trouble somatoforme ne se manifestait pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de l'assuré ne pouvait plus être raisonnablement exigée de lui.

6. a) Il appert dès lors qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport des Drs C._____ et P._____. Le rapport précité se fonde en effet sur une anamnèse complète, des examens somatique et psychiatrique convaincants, la prise en compte des éléments radiologiques et des plaintes de l'assuré, une appréciation claire et des conclusions dûment étayées. Ils ont notamment démontré de façon convaincante qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, selon la terminologie de la CIM-10, était le mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant, même si, en définitive, ce diagnostic ne permettait pas de conclure à une incapacité de travail. Il en allait de même des raisons pour lesquelles les experts C._____ et P._____ n'ont finalement pas retenu un syndrome psycho-organique qui aurait valeur incapacitante en soi.

b) Les différents rapports des Drs Z._____ et T._____ ne font dès lors pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Centre D._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts, ni sur le chapitre d'un état anxio-dépressif, ni sur celui d'un syndrome psycho-organique. En outre, il convient de rappeler, comme l'a fait l'intimé dans ses observations sur recours du 24 septembre 2008, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique

et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4, p. 175; TF 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'assureur social 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, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Dans ce contexte, on ne voit pas ce qu'une nouvelle expertise ou l'audition des médecins traitants pourraient apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire, ce d'autant plus que ces derniers se sont prononcés postérieurement au rapport d'expertise du 27 avril 2011 du Centre D._____.

c) Enfin, le rapport d'expertise des Drs C._____ et P._____ a été établi avant la publication de l'arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011). On rappellera que dans l'arrêt précité, le TF n'a pas nié l'indépendance des experts des COMAI, mais a considéré qu'il y avait lieu de renforcer les droits de participation et la protection judiciaire de la personne assurée. Ainsi notamment, en cas de désaccord ayant trait aux modalités de l'expertise ordonnée par un office AI, cette dernière devra être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours. Dans la présente affaire, on ne voit pas en quoi cette nouvelle jurisprudence influencerait la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire ordonnée dans le cadre de l'instruction judiciaire.

7. Enfin, le calcul du préjudice économique n'est pas contesté par le recourant. Vérifié d'office, il ne porte pas flanc à la critique et peut être confirmé. Ainsi, le degré d'invalidité est-il inférieur au seuil de 40 % fixé par l'art. 28 LAI

Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

8. Vu le sort de la cause, le recourant supportera les frais de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), le recourant succombant dans ses conclusions.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'intégration Handicap, à Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi 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 :