

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Dind et Neu
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

V. _____, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Romano Buob,
avocat à Vevey

et

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

Art. 28 LAI; 6, 7, 8, 16 et 61 let. g LPGA; 98 LPA-VD

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré), né le 1^{er} novembre 1950, originaire d'ex-Yougoslavie, marié et père de trois enfants, est arrivé en Suisse en 1990. Titulaire d'une licence en géographie, au bénéfice d'un permis B, il a exercé différentes activités lucratives. Du 25 juillet 1999 au 31 mai 2003, il a travaillé en qualité de garçon d'office pour la société U._____.

Le 16 septembre 2003, l'assuré a déposé une requête de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), demandant un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans un rapport médical daté du 27 octobre 2003, le Dr Z._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assuré, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- hernie discale médiane et paramédiane droite L5-S1;
- lombosciatalgie gauche chronique.

Ce praticien a exposé que son patient souffrait depuis le printemps 2001 de douleurs lombosciatiques droites, en précisant que l'IRM effectuée le 13 décembre 2001 montrait une hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire. Il a indiqué que l'évolution avait été fluctuante, avec des périodes d'exacerbation des douleurs motivant des arrêts de travail. Le Dr Z._____ a précisé que la symptomatologie s'était péjorée depuis cette année, que le traitement médicamenteux était poursuivi, que son patient bénéficiait de physiothérapie et que le pronostic était réservé. Il a joint au rapport médical le courrier que le Dr M._____ de l'Unité du rachis du Service de rhumatologie du Centre Q._____ (ci-après : Q._____) lui a adressé le 29 août 2003, dans lequel il indique comme diagnostics :

- lombo-pyalgies gauches chroniques non spécifiques persistantes provoquant des troubles statiques et dégénératifs rachidiens, des dysbalances musculaires ainsi qu'un déconditionnement physique global. Ce spécialiste relève comme comorbidités : une suspicion de syndrome d'apnée du sommeil ainsi qu'un probable état anxio-dépressif réactionnel.

Le 15 février 2005, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire par les Drs N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et K._____, spécialiste FMH en psychiatrie, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR). Le rapport d'examen établi par ces médecins le 24 février 2005 retient notamment que l'assuré présente une amyotrophie des muscles érecteurs du tronc, signe d'une souffrance rachidienne ainsi que des discopathies L2-L3, L4-L5 et surtout L5-S1 qui s'accompagnent d'une hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droite, entrant en conflit avec la racine S1 à droite. Cette atteinte lombaire ne permet plus d'envisager la poursuite de l'activité de garçon d'office, vu qu'elle nécessite le port de charges lourdes. Par contre, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré est complète. Sur le plan psychiatrique, le rapport indique que les souffrances psychologiques ne sont abordables que par l'expression corporelle, qu'elles sont claires, mais attribuables essentiellement à la position narcissique du sujet. La dépression est clairement secondaire aux douleurs.

Par décision du 16 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI, retenant que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était entière, que, calculée sur la base des données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS), la perte de gain est de 0 fr., de sorte que le degré d'invalidité est nul.

Par acte du 22 mai 2006 complété par écriture du 28 juin 2006, DAS Protection juridique SA, agissant au nom et pour le compte de l'assuré, a formé opposition à la décision précitée.

Le 2 octobre 2006, DAS Protection juridique SA a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

"(...)

Depuis cette opposition, notre mandant nous a fait part de l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique et psychiatrique. Nous avons donc soumis le dossier de M. V. _____ aux médecins qui le suivent pour ses problèmes, lesquels ont pu prendre position comme suit :

- M. V. _____ a consulté le Dr T. _____ de la Fondation G. _____ à fin 2005, soit après la réalisation de l'examen clinique bidisciplinaire effectué par le service médical régional de l'AI.
- Contrairement à ce qui a été indiqué dans le rapport du SMS (réd.: SMR), M. V. _____ a bel et bien présenté des antécédents psychiatriques suite à un épisode d'hétéroagressivité et donc a été suivi et traité pendant 6 mois.
- Le Dr T. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, de personnalité narcissique, de difficultés liées à l'environnement social, et de difficultés liées à une maladie avec douleurs chroniques.
- Les troubles dont souffre M. V. _____ se sont considérablement aggravés : en effet, depuis le 22 juin 2006, notre mandant a présenté une aggravation de sa symptomatologie dépressive laquelle est devenue sévère, accompagnée de perte de contact avec la réalité sous forme d'hallucinations auditives, accroissement de l'irritabilité et violence physique.
- En définitive, pour le Dr T. _____, il est difficile d'imaginer que M. V. _____ reprenne une activité professionnelle, compte tenu de l'état d'agressivité présentée par notre assuré, état incompatible avec une quelconque activité professionnelle.

Dans ces conditions, et considérant l'aggravation de l'état de santé de M. V. _____, nous requérons la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique détaillée permettant ainsi de déterminer de manière certaine l'invalidité de M. V. _____.

"(...)"

Le rapport médical établi le 15 février 2008 par les Drs J. _____ et H. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant de la Fondation G. _____, rapportent les éléments suivants :

"(...)"

Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail:

Psychose non organique sans précision F29.0

Trouble dépressif récurrent F33

(...)

Traitement :

Depuis le 23.06.2005.

(,,)

Constatations objectives :

Patient faisant son âge, à l'hygiène chroniquement un peu négligée, avec une barbe de quelques jours. Il marche en boitant, par moments en grimaçant en raison des douleurs intermittentes. Il se montre collaborant, en contact, mais par moments confus et perdant pied par rapport à la réalité. Il présente par moments une discrète agitation psychomotrice d'allure anxieuse, accompagnée de gestes impulsifs et vifs au moment où il aborde des parties particulièrement difficiles de son vécu. Il ne présente pas de déficit particulier au niveau cognitif. Le langage est riche et détaillé. Le cours de la pensée est par moments inhibé jusqu'au barrage, il présente un relâchement associatif voire par moments un discours digressif contaminé par son vécu délirant. (...)

Thérapie/pronostic :

M. V. _____ bénéficie d'un traitement psychiatrique comprenant des entretiens mensuels à visée de soutien et un traitement psychotrope (...) Sous ce traitement, nous avons pu observer depuis quelques mois une certaine stabilisation de son état clinique, avec toutefois la persistance d'une symptomatologie délirante, d'accès de colère occasionnels (qui ont cependant discrètement diminué en fréquence et en intensité), ainsi que la persistance d'une symptomatologie dépressive. La symptomatologie de type psychotique que nous observons depuis plus d'une année et qui est relativement résistante à un traitement psychotrope important nous motive à évoquer la possibilité d'une évolution chronique et d'un pronostic peu favorable, notamment pour ce qui concerne la reprise d'une activité professionnelle.

(...)"

Dans l'avis médical du 4 mars 2008, la Dresse K. _____ relève en substance les contradictions entre les diagnostics posés par les psychiatres de la Fondation G. _____ et estime que les éléments en possession du SMR sont suffisants pour conclure que l'assuré manifeste une recrudescence de symptômes multiples et disparates, qui ne correspondent pas à une entité clinique à caractère médical (comme en attestent également les documents des médecins somaticiens), de sorte qu'il n'y a pas lieu de continuer d'entrer en matière, sous peine d'ouvrir le

champ à une exacerbation voire à une amplification des innombrables symptômes déjà allégués de la part d'un homme intelligent et capable.

Par décision sur opposition du 27 mai 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 22 mai 2006 et confirmé sa décision lui refusant toute prestation AI. Ce faisant, il s'est fondé sur l'avis médical du SMR du 4 mars 2008 qui conclut en substance à l'absence d'éléments nouveaux d'ordre médical susceptibles de modifier la position de l'OAI quant à la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

B. Par acte du 25 juin 2008, l'assuré, représenté par Me Romano Buob, avocat à Vevey, a recouru contre la décision sur opposition de l'OAI du 27 mai 2008. Il a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens que des prestations AI lui sont reconnues, sous la forme de l'octroi d'une rente AI, selon les précisions que justice dira. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire ainsi que l'audition de témoins.

Dans sa réponse du 10 octobre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours. Estimant que son dossier ne comportait pas de lacunes, il a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de mettre sur pied de nouvelles mesures d'instruction.

Le 15 décembre 2009, le juge instructeur a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Sion.

Le 18 février 2010, le juge instructeur a informé les parties qu'il entendait donner son accord à la requête de l'expert tenant à obtenir un consilium spécialisé afin de préciser la question du diagnostic psychiatrique.

L'expert L._____ a déposé son rapport le 12 avril 2010, auquel était joint une copie du rapport médical de son confrère, le Dr

R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 24 mars précédent.

C. Il ressort notamment ce qui suit du rapport d'expertise psychiatrique du Dr L._____ :

"(...)

Antécédents psychiatriques et affection actuelle

C'est dans un deuxième temps que l'assuré a rapporté des antécédents psychiatriques.

(...)

Au départ, on a bien noté des éléments anxieux et dépressifs, sans plus. C'est en date du 23.06.2005, soit quatre mois après l'évaluation bidisciplinaire au SMR Léman, que l'expertisé a consulté les médecins du secteur psychiatrique de l'Est Vaudois. L'assuré s'inquiétait apparemment de son irritabilité. Les confrères de Clarens ont retenu l'épisode dépressif moyen.

Ce n'est que par la suite que s'est imposée la notion d'une symptomatologie psychotique difficile à classer. Le traitement a été adapté en conséquence. Il y a eu une brève hospitalisation d'office à la clinique psychiatrique G._____, ce qui n'a rien de banal.

Questionné sur l'évolution, M. V._____ dit que les choses vont de mal en pis, malgré le traitement en cours.

(...)

Observation

(...)

M. V._____ parle un très bon français. Il n'y a pas de problèmes de compréhension. Il répond aux questions posées et donne les informations demandées. Globalement, on peut dire que les deux consultations se passent dans de bonnes conditions.

L'assuré est orienté dans le temps et dans l'espace. Il est parfaitement vigile. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnostique. Jugement et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. Le status parle contre une affection cérébro-organique.

L'assuré n'est pas triste. Il n'y a pas de larmes. Il n'y a pas de pleurs. Le visage est fermé et parfois inquiet.

M. V._____ est peut-être ralenti, sans qu'on puisse être catégorique sur ce point. L'activité psychomotrice peut être considérée comme normale, tout en observant que le sujet recherche fréquemment des positions antalgiques au début des entretiens.

M. V._____ ne montre pas d'anxiété particulière. Il ne paraît pas tendu. Il peut même sourire et réagir positivement à l'humour. Bref, l'assuré ne donne pas l'impression d'une anxiété pathologique.

Le cours de la pensée est par ailleurs normal. Les associations d'idées sont bonnes. Il n'y a pas d'indices de certitude pour un délire. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations.

Tests psychologiques

Dans le contexte possible état dépressif (sic), le soussigné a effectué l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (17 items).

En date du 04.02.2010, l'expertisé obtient un score de 27 ce qui correspond à un état actuel sévère (> 26).

Diagnostic

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de :

- **Trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristiques psychotiques, chronique)**

Selon les critères et la dénomination des ouvrages de référence.

Appréciation finale

(...)

Appréciation diagnostique

La présentation clinique de M. V._____ a quelque chose de déroutant et la problématique diagnostique est ici particulièrement complexe.

Au vu d'une symptomatologie atypique et de troubles psychiques tombant à point nommé d'une procédure de demande de prestations AI, le soussigné s'est même posé la question d'un *trouble factice* voir (sic) d'une *simulation*. Les remarques formulées dans l'avis médical du SMR Suisse romande du 04.03.2008, (...), sont tout à fait pertinentes et confirment les doutes que tout spécialiste peut avoir dans ce dossier.

Afin d'augmenter la sécurité de son appréciation, le soussigné a demandé un *deuxième avis diagnostique* au Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie (sic) et psychothérapie et que le soussigné connaît pour sa rigueur et pour ses compétences pour poser des diagnostics difficiles.

Au vu de ce qu'il a lui-même constaté, des documents figurant au dossier et de l'appréciation du confrère R. _____, le soussigné a fini par conclure à un diagnostic de *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristiques psychotiques, chronique)* (F33.3).

(...)

Appréciation assécurologique

(...)

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est peut-être plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'appréciation.

Dans le cas présent, le soussigné retient finalement un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques. Une telle pathologie ne laisse guère de doute sur l'importance des limitations psychiatriques. Il y a la diminution de rendement liée à la fatigue, à la fatigabilité et aux conséquences diurnes des troubles du sommeil. Il y a la diminution de rendement liée aux difficultés à penser et à se concentrer. Il y a les difficultés dans les relations interpersonnelles que supposent les symptômes psychotiques. L'assuré est irritable. Il peut faire peur. Pour ce seul motif, il pourrait être difficilement supportable sur les lieux de travail.

Au vu du diagnostic retenu, le soussigné est d'avis qu'on doit admettre une incapacité de travail psychiatrique importante. Il la chiffre à 80%. L'assuré garde en effet quelques ressources. Il vit de façon autonome. Il est capable de communiquer. (...) Une incapacité de travail de 100% n'est dès lors pas justifiée.

D'après les éléments dont on dispose au dossier, on peut faire remonter cette incapacité de travail au mois de juin 2005, en prenant comme repère la prise en soins psychiatrique (sic) débutée au secteur psychiatrique de l'Est Vaudois le 23.06.2005.

Avant le 01.06.2005, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique. L'assuré présentait tout au plus un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique sévère établie. Après le 01.06.2005, on doit admettre que la pathologie dépressive est devenue grave et significative au point qu'elle a exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Depuis le 01.06.2005, le soussigné retient dès lors une incapacité de travail psychiatrique de 80%. Il considère qu'elle est restée inchangée depuis lors. Elle pourrait être fixée pour une longue durée.

Actuellement, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité.

(...)

Un trouble dépressif majeur de ce type devrait répondre à la médication psychotrope, tout en sachant que des éléments de contexte et les antécédents de l'assuré assombrissent le pronostic. Cette situation doit dès lors être suivie et réévaluée très régulièrement. Le pronostic n'est pas définitivement mauvais.

(...)"

Dans l'avis médical du 28 avril 2010, le Dr B. _____ du SMR indique que l'expertise du Dr L. _____ est médicalement probante et se déclare convaincu du bien-fondé des conclusions de l'expert auxquelles il adhère.

Par déterminations du 10 mai 2010, l'OAI déclare se rallier à l'avis médical du SMR du 28 avril précédent. A l'instar de l'expert, il retient une incapacité de travail sur le plan psychiatrique de 80 % dès le mois de juin 2005. En reprenant les chiffres de la décision contestée, le revenu d'invalidé, pour un taux d'activité de 20 %, se monte à 10'498 fr. 76, lequel, comparé au revenu sans invalidité de 40'300 francs, aboutit à un taux d'invalidité de 74 %, ouvrant le droit à une rente entière. En conclusion, l'OAI préavise pour l'admission partielle du recours dans le sens de l'octroi d'une rente entière, fondée sur un taux d'invalidité de 74 % dès le 1^{er} juin 2006, soit après le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007).

Dans ses déterminations du 20 mai 2010, le recourant déclare considérer que l'expert a procédé à un examen minutieux de la situation, que son rapport paraît complet, bien motivé et convainquant, de sorte qu'il se rallie à l'appréciation de l'expert qui retient une incapacité de travail psychiatrique de 80 % depuis le mois de juin 2005.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

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

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

2. a) Le recours tend à la réforme de la décision sur opposition de l'OAI du 27 mai 2008 et à l'octroi d'une rente AI. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir constaté les faits déterminants, notamment en ce qui concerne son état de santé psychique, de façon inexacte, respectivement incomplète, et requiert qu'une expertise soit mise en œuvre, en particulier sur ce point.

b) En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1^{ère} phrase LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD), ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

3. 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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble

ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1^{er} 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.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

4. a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'assureur est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les

éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TF I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

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^{ème} 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).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

En résumé, 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 précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

b) En l'espèce, constatant que les éléments médicaux au dossier étaient contradictoires, le juge instructeur a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a déposé son rapport le 12 avril 2010, après avoir requis de son confrère le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un consilium psychiatrique.

La Cour de céans considère que l'expertise précitée a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus. Elle se fonde en effet sur un examen clinique complet du recourant, tient compte de ses plaintes, expose de façon minutieuse et détaillée les éléments diagnostiques et comporte des conclusions claires. Au demeurant, on relève que tant l'OAI, qui se réfère à l'avis médical du SMR du 28 avril 2010, que le recourant s'accordent pour reconnaître au rapport d'expertise du Dr L. _____ une pleine valeur probante. La situation médicale du recourant étant ainsi clairement établie et non contestée, il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions du recourant.

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

b) En l'espèce, après avoir retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristiques psychotiques, chronique), le Dr L. _____ conclut que l'incapacité de travail psychiatrique du recourant est de 80 % depuis le 1^{er} juin 2005. Dès lors que ces conclusions sont claires et convaincantes, et qu'au demeurant les deux parties y adhèrent, il n'y a pas de raison de s'en écarter. Cela étant, la comparaison entre le revenu sans invalidité (à 100 %) et le

revenu d'invalidité pour une capacité résiduelle de travail de 20 %, telle que déterminée par l'OAI sur une base théorique puisque le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis 2003, conduit à admettre un degré d'invalidité de 74 %, qui ouvre le droit à une rente complète (art. 28 al. 2 LAI). Le calcul du revenu d'invalidité est correct et peut être confirmé. Le début de l'incapacité de travail ayant été fixée au 1^{er} juin 2005, le droit à la rente commence le 1^{er} juin 2006, après l'écoulement du délai de carence d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur avant le 31 décembre 2007 (droit applicable au moment de la naissance du droit à la rente).

6. En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2006. L'affaire est renvoyée à l'OAI, à charge pour lui de fixer le montant de la rente.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 27 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que l'assuré V. _____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2006, la cause étant renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il fixe le montant de la rente.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à V._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Romano Buob, avocat à Vevey (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, 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 :