

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Zbinden, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par **A.** _____, à Lausanne

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : OAI), intimé, à Vevey

Art. 4 et 28 al. 1 LAI; 87 al. 1 RAI; 16, 17, 61 LPGA et 98 LPA-VD

E n f a i t :

A. F._____, né en 1947, a travaillé en qualité de poseur de parois et de plafonds suspendus. Après un accident en 1996 et souffrant de problèmes rhumatismaux, il a déposé, le 17 juillet 1997, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction, le Dr G._____, médecin adjoint du Service de médecine psycho-sociale de la Policlinique Z._____ a établi un rapport de consultation le 10 février 1998. Il en ressort les éléments suivants :

"(...)

A l'observation psychiatrique :

On se trouve en face d'un homme orienté aux 3 modes, partiellement régressé dans une position dépressive, préoccupé surtout par son corps. Il ne présente pas de syndrome de stress post-traumatique ni des signes de la lignée dépressive marquants. Il présente fondamentalement des traits obsessionnels apparemment partiellement compensés.

(...)"

Le médecin a retenu comme diagnostics : traits de personnalité obsessionnels (perfectionnisme dans l'accomplissement des tâches professionnelles), syndrome de la douleur chronique, cervicalgies, lombalgies, gonalgies, tatalgies. Dans la partie discussion de son rapport, il a relevé ce qui suit :

" M. F._____ ne présente pas de pathologie psychiatrique au sens d'un trouble évident de la personnalité ou de l'humeur. Il présente, par contre, une constellation douloureuse qui envahit globalement son existence. L'appréciation de la douleur à l'échelle visuelle analogique montre une (sic) score global d'environ 6. Cependant les traits de personnalité obsessionnels, l'usure suite à un travail lourd pendant plus de trente ans, les conditions de travail devenues très difficiles (devant travailler seul et porter de lourdes charges) ont aggravé une symptomatologie douloureuse qui s'explique par des phénomènes de neuroplasticité neuronale. Aucun des examens neurologiques ou physiologiques pratiqués n'a permis de mettre en évidence l'abaissement du seuil de la douleur. Pour l'apprécier nous sommes obligés de nous référer à l'appréciation subjective du sujet. Cette appréciation subjective paraît correspondre à la réalité : M.

F._____ collabore parfaitement à l'entretien, il présente ses plaintes sur un mode authentique, il ne semble vouloir tirer, au sens commun, aucun bénéfice secondaire de cette situation. Il souhaite reprendre un travail léger. Par rapport à sa situation professionnelle, M. F._____ est qualifié uniquement dans un travail lourd de poseur de plafond. Il est illettré, parle avec peine le français, ne sait ni le lire ni l'écrire. Il peut lire en portugais mais a eu peu l'occasion d'écrire dans sa propre langue. Cette constellation de facteurs : syndrome de la douleur chronique comme maladie vraie et les traits de personnalité obsessionnels justifie une incapacité de travail à 50 %. Si M. F._____ est totalement incapable de travailler, il l'est vraisemblablement pour des raisons existentielles et sociales (illettrisme, épuisement physique, conditions de travail hautement défavorables).

(...)"

Dans leur rapport intermédiaire du 16 mars 1998, les Drs T._____ et N._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant de la Policlinique Z._____, ont notamment retenu comme diagnostics : un syndrome de la douleur chronique (cervicalgies, lombalgies, tatalgies) et des traits de personnalité obsessionnels. Ils ont relevé que la consultation de psychiatrie du 10 février 1998 n'avait pas mis en évidence de troubles évidents de la personnalité ou de l'humeur, en reprenant pour le surplus les constatations et les conclusions émises par le Dr G._____ dans son rapport du 10 février 1998.

Dans une fiche interne de l'OAI du 29 mai 2000, on peut lire que "psychiatriquement, l'assuré ne présente aucune pathologie selon le rapport du Dr G._____ : syndrome douloureux sans comorbidité psychiatrique".

Par décision du 12 septembre 2000, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, son taux d'invalidité ayant été fixé à 37,64 %, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 66'872 fr. 50 et d'un revenu d'invalidité de 41'700 francs.

Par jugement du 16 mai 2002, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assuré et réformé la décision attaquée en ce sens que F._____ a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 1998.

Par arrêt du 5 février 2004, le Tribunal fédéral des assurances a annulé le jugement du 16 mai 2002, la cause étant renvoyée au tribunal cantonal pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Après avoir procédé à une instruction complémentaire et confié une nouvelle expertise à la Clinique D._____, par arrêt du 10 septembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours formé par F._____ contre la décision de l'OAI du 12 septembre 2000. Il a considéré en substance que la nouvelle expertise, effectuée par un médecin spécialiste en rhumatologie et en médecine interne et un médecin spécialiste FMH en rhumatologie, qui exclut toute affection du système nerveux et retient que la capacité de gain de l'assuré est entière, dans toute activité excluant "le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétée ou à 10 kg de façon sporadique" et permettant de "pouvoir changer de position une fois par heure" satisfaisait aux exigences posées par la jurisprudence quant à sa valeur probante et était d'une précision telle qu'elle permettait d'écarter celle, antérieure, du Dr [...], qui estimait l'incapacité de travail de l'assuré nulle et posait un mauvais pronostic quant à la diminution des douleurs.

Par courrier du 19 janvier 2005, A._____, agissant au nom de F._____, a informé l'OAI que, d'entente entre son médecin traitant, la Dresse B._____, et l'intéressé, il avait été décidé de ne pas recourir contre l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances. A._____ a toutefois formellement requis la mise en œuvre de mesures professionnelles de réadaptation et d'aide dans la recherche d'un emploi adapté à l'état de santé et au taux d'invalidité en découlant, "sûrement supérieur à 50 %". Il a précisé que l'assuré avait accepté de consulter un psychiatre pour obtenir une orientation et un appui.

Le 29 mars 2005, la Dresse B._____, médecin généraliste, a établi à l'attention de l'OAI un certificat médical en ces termes :

"Par la présente, je certifie avoir reçu à ma consultation, depuis le 27 décembre 2004, Monsieur F._____ - 14.02.1947 - qui présente

des rachialgies, des douleurs des épaules et des pieds connus par vous, un état dépressif sévère, avec idéation suicidaire, troubles du sommeil, retrait social, aboulie, diminution dramatique des capacités adaptatives. Il n'est pas exclu que cet état dépressif joue un rôle dans l'expressivité des douleurs somatiques chez ce patient, comme il est évident que la douleur chronique et le cortège des difficultés sociales liées à l'invalidation (non reconnue à ce jour), et à l'atteinte narcissique qu'elle entraîne, est à l'origine de l'état dépressif actuel.

En raison de l'état préoccupant de ce patient, je l'ai adressé au Dr S._____, psychiatre.

(...)"

La Dresse B._____ a requis que son patient soit mis au bénéfice d'un séjour de réhabilitation, en faisant valoir qu'une prise en charge de ce type permettrait d'enseigner à son patient à se mobiliser de façon optimale, de reprendre confiance dans sa capacité physique et donnerait au personnel expérimenté l'opportunité d'observer et d'estimer "sur le terrain" les capacités de travail de l'assuré. Elle a ajouté qu'une orientation professionnelle et des mesures de réhabilitation lui semblaient aussi indiquées pour le cas où le séjour de réadaptation et d'observation permettrait de conclure à une capacité de travail résiduelle.

Le 21 février 2006, l'assuré a été invité à se présenter chez le Dr V._____, médecin consultant, du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) dans le cadre de l'observation professionnelle ordonnée par l'OAI.

L'assuré a effectué un stage de réadaptation professionnelle à l'atelier OSER du CIP à Genève dès le 10 avril 2006. Lors de l'entretien que l'OAI avec le responsable du CIP le 27 avril 2006, ce dernier a expliqué que l'assuré fournissait avec beaucoup de peine des rendements de 30 %, ayant besoin de beaucoup d'explications et était apparu comme extrêmement limité. Il ressort du rapport établi à l'issue de cet entretien que le Dr V._____ "parle d'un problème psy".

Il résulte d'une fiche établie le 1^{er} juin 2006 par l'OAI qu'en l'état, l'assuré n'est pas plaçable dans une entreprise et est dès lors à l'atelier APAIL pour déterminer s'il est reclassable.

Lors d'un entretien téléphonique du 12 juin 2006, la Dresse B._____ a exposé que l'état de l'assuré s'était sensiblement aggravé depuis l'arrêt rendu par le Tribunal des assurances. Selon elle, la reprise d'une quelconque activité professionnelle est exclue. Elle a requis que l'avis du psychiatre de l'assuré soit demandé.

Dans son avis médical du 21 juin 2006, le Dr M._____ du SMR (Service médical régional de l'OAI) a préconisé d'attendre le rapport du psychiatre de l'assuré avant de décider si la situation médicale de l'intéressé doit être revue. Il a relevé qu'il lui paraissait surprenant que l'assuré présente un épisode dépressif sévère, tel que décrit par la Dresse B._____ et qu'il ne soit pas hospitalisé, d'autant plus qu'il est en stage au CIP à Genève depuis plus de deux mois, habite à Lausanne et fait chaque jour les trajets pour se rendre à ce stage. Il a dit sérieusement douter de la sévérité du trouble dépressif annoncé par la Dresse B._____.

Dans un rapport du 13 juillet 2006, le responsable du CIP a indiqué que, eu égard aux constats effectués lors des stages aux ateliers OSER et APAIL, à savoir : rendements faibles, discours plaintif et visage exprimant de la souffrance, l'employabilité de l'assuré était quasi nulle, de sorte qu'il avait été sorti des effectifs à la fin du mandat du CIP, le 9 juillet 2006.

Dans un rapport du 11 septembre 2006, la Dresse B._____ a indiqué qu'en août et septembre 2006, son patient avait bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire dans le cadre de l'Unité de rachis et réhabilitation de l'Hôpital Y._____ et que, bien que l'assuré semblait pratiquer régulièrement les exercices qui lui ont été indiqués, l'évolution n'a pas été favorable sur le plan des douleurs ostéo-articulaires : il boite le plus souvent, a parfois des "blocages" au niveau lombaire, du genou droit et décrit des douleurs et blocages au niveau de la main gauche. Selon ce praticien, les capacités d'adaptation de l'assuré et sa façon de travailler rendent illusoire une réhabilitation hors d'un milieu protégé. En revanche, il serait à sa place dans un atelier protégé, où

l'ensemble du handicap qu'il présente, somatique et psychique, serait reconnu et son incapacité à gagner sa vie (qu'elle estime à 80 %) non handicapante. Elle a relevé que l'état psychique de son patient restait très préoccupant, puisque, malgré une médication lourde, il continuait à présenter d'importants troubles de l'humeur, avec des craintes de passage à l'acte sur un mode agressif, des ruminations et d'importants troubles du sommeil. La Dresse B._____ a précisé à cet égard que l'ensemble de ces symptômes avaient été améliorés momentanément au début du stage à Genève, puis s'étaient par moments dramatiquement aggravés lorsqu'il avait été incapable d'effectuer certaines tâches dans le temps imparti.

Dans un rapport du 16 novembre 2006, le Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré :

- Multiples problèmes orthopédiques et rhumatologiques invalidants,
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F 33.3),
- Personnalité anxieuse (évitante) (F 60.6).

Il a précisé que l'incapacité de travail de son patient était de 100 % depuis plus de 6 ans. Celui-ci lui a été adressé par la Dresse B._____ pour évaluation et traitement d'un état dépressif ancien; la première consultation a eu lieu le 10 mars 2005. L'assuré se plaint amèrement de sa situation d'invalides, du fardeau qu'il représente pour sa femme qui supporte les dépenses financières du couple. Il ne se sent pas compris par l'AI qui ne croit pas à sa souffrance physique et ne lui accorde aucune aide financière, ni ne l'aide à trouver une activité compatible avec son état. Le psychiatre a indiqué que l'état dépressif a suivi des exacerbations et des rémissions partielles au gré de l'espoir de son patient de résoudre sa situation professionnelle. Quand cet espoir s'est dissipé, l'assuré a présenté une aggravation très forte de la dépression avec des caractéristiques psychotiques sous forme, entre autres, d'une angoisse extrême, difficile à réduire avec des doses d'anxiolytiques élevées à côté d'un antidépresseur de référence. Il a observé une régression de cette symptomatologie lors de son stage d'observation à l'atelier OSER, que l'assuré a suivi avec beaucoup d'intérêt et dans l'espoir d'une solution à sa

situation professionnelle. Le Dr S._____ a relevé que, d'un point de vue psychiatrique, son patient souffre d'un déficit grave de son auto-estime, lié à son incapacité à s'intégrer dans le circuit économique normal et à la non reconnaissance de son invalidité. Selon lui, son état pourrait certainement s'améliorer dans une activité à l'intérieur d'un atelier protégé, où il serait reconnu dans son travail et sa capacité de gain qui n'est pas négligeable. Dans l'annexe à son rapport, le Dr S._____ a précisé que l'activité exercée jusqu'alors par son patient n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement, que sa capacité de travail au poste occupé jusqu'alors ne pouvait pas être améliorée ni par des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou un aménagement de son poste de travail, que l'on pouvait toutefois exiger de l'assuré une activité dans un atelier protégé, tel que montage industriel, petites pièces à un taux d'au moins 50 %, mais que, dans ce cadre-horaire, il y avait lieu à s'attendre à une diminution de rendement.

Dans son avis médical du 6 décembre 2006, le Dr H._____ du SMR a relevé que le Dr S._____ avait confirmé la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, mais qu'il ne commentait pas les critères diagnostiques et se contredisait en fin de rapport, de telle sorte que la situation n'était pas claire. Il a préconisé que ce dossier soit à nouveau soumis au SMR pour évaluation de l'utilité d'une expertise psychiatrique.

Dans son avis médical du 19 janvier 2007, le Dr M._____ du SMR indique notamment ce qui suit :

"(...)

On peut être surpris du diagnostic de trouble dépressif récurrent, car jusqu'alors aucun diagnostic de trouble thymique n'a été évoqué; or, pour poser un tel diagnostic, il faut avoir la notion d'un épisode dépressif avéré, avec une période exempte de maladie, puis une récurrence, ce qui n'est pas le cas chez Monsieur. Le côté psychotique du trouble n'est pas étayé, encore moins la sévérité du trouble, par contre, il est clairement fait mention que l'assuré se sent incompris par l'AI et non reconnu dans son statut d'invalidé (invalidé qu'il n'est absolument pas; pour preuve, il y a lieu de se référer au rapport d'expertise de la (...) puis au jugement du TCA du 10.09.2004). Enfin, le Dr S._____ se contredit lorsqu'il estime d'un côté que seul un travail en milieu protégé est possible et que de l'autre la capacité de gain n'est pas négligeable. Il y a peut-être confusion, car plus loin il admet une CT de 50 % au moins dans un

atelier protégé, le montage industriel, petites pièces, mais avec une diminution de rendement non précisée. Et encore : il ne donne aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, nous priant de tenir compte de celles des somaticiens; ce qui est un élément supplémentaire pour mettre en doute la gravité de l'atteinte à la santé psychique. Enfin, le traitement n'est pas précisé. **En conclusion**, le rapport du Dr S._____ n'a pas valeur probante, chez un assuré qui présente des douleurs chroniques depuis plus de 10 années, et ne travaille pas depuis 1995, et a toujours annoncé qu'il ne retravaillerait plus. Je propose de s'en tenir à l'exigibilité issue du jugement du TCA.
(...)"

Par lettre du 19 février 2007, la Dresse B._____ a informé l'OAI que, sans nouvelles de cet office concernant soit une invalidation définitive, soit un travail en milieu protégé (demandé), l'état psychique de son patient s'aggravait, avec pour conséquences en plus de la symptomatologie décrite dans son écriture du 11 septembre 2006, une dramatique dégradation des rapports dans la famille et un état d'épuisement de l'épouse.

Dans son avis du 4 avril 2007, le Dr H._____ du SMR a relevé que la dernière lettre de la Dresse B._____ n'apportait pas d'information médicale propre à influencer les avis émis par le SMR et par le Tribunal cantonal des assurances depuis 2004, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de les modifier.

Il résulte d'une notre d'entretien téléphonique du 17 avril 2007, que la Dresse B._____ a informé l'OAI de la situation préoccupante, au plan psychiatrique, de son patient, qui présente de plus en plus souvent et de manière de plus en plus visible des manifestations anxieuses importantes se traduisant par un mode agressif à l'encontre de son entourage familial (principalement de l'épouse) ainsi que vis-à-vis de l'extérieur (il collectionne des bâtons et autres objets contondants). Selon elle, le Dr S._____ ne sous-estime pas le problème de santé de son patient (qu'il doit traiter par une combinaison d'antidépresseurs, de benzodiazépines et de neuroleptiques à bonne dose), mais ne rend pas ou peu compte, dans ses rapports, des implications pratiques quotidiennes générées par l'affection dont souffre l'assuré et des réels empêchements en situation. La Dresse B._____ a insisté pour que l'OAI réévalue le

status psychiatrique de son patient et ses capacités de travail résiduelles à ce point de vue, manifestement aggravées en raison de ses troubles du comportement qui confinent actuellement à la dangerosité pour lui-même et pour autrui, afin de déterminer sa capacité à être placé professionnellement dans l'économie libre (impensable de son point de vue) ou dans le cadre d'un atelier protégé (le plus approprié, selon elle).

Dans un rapport du 17 septembre 2007, le Dr S. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

"(...)

En réponse à la question du Service Médical Régional du 24 avril 2007 :

"Merci de confirmer la nature malade de troubles du comportement de l'assuré, de préciser votre diagnostic, de préciser les limitations fonctionnelles objectivement observées au plan psychiatrique ainsi que le status psychiatrique complet (avec évolution depuis 2005), de préciser si depuis 2005 l'état de santé s'est aggravé. Si ou, depuis quand et dans quelle mesure ?"

A. Diagnostic :

F 66 - personnalité anxieuse évitante.

F 33.4 - trouble dépressif récurrent actuellement en rémission partielle

(...)

B. Incapacité de travail à 100 % depuis 2000

Depuis mon rapport du 16 novembre 2006, l'évolution de état dépressif de Monsieur F. _____ s'est faite en dents de scie, au gré de l'espoir de trouver une solution acceptable à sa situation socio-professionnelle et compatible à son handicap physique.

La personnalité anxieuse de Monsieur F. _____ s'est trouvée décompensée sur un mode dépressivo-anxieux très sévère présentant des caractéristiques psychotiques qui ont nécessité un lourd traitement neuroleptique et thymoleptique : le patient était agité, ne tenait pas en place, son discours était morcelé, confus et difficilement compréhensible.

L'évolution s'est faite d'abord de façon lentement positive, depuis le début du traitement en mars 2005, et son état s'est fortement aggravé en août de la même année lors de soucis familiaux liés à des problèmes professionnels de sa fille, (...).

La personnalité anxieuse et évitante de Monsieur F. _____ trouve sa source dans sa prime enfance. Le patient, cadet d'une fratrie de 5 enfants, a perdu un frère âgé de 8 ans d'une probable méningite qui a atteint simultanément son frère aîné, José, le seul des 4 frères encore en vie. De plus, le patient porte le même nom que le frère décédé (...). Son enfance a donc été marquée par de grandes difficultés familiales, un écolage difficile avec un professeur vécu

comme brutal qui lui infligeait des sévices corporels au point qu'à 8 ans, il souffrait de tremblements l'empêchant d'écrire vu la crispation de sa main.

(...)

A relever la notion d'épilepsie de 14 à 21 ans, crises de grand mal ? jusqu'à l'entrée au service militaire et plus tard à 25 et 31 ans déjà après son mariage.

Le Professeur [...] ne peut que confirmer cette hypothèse, ce qui laisse ouvert le diagnostic de ces crises, probablement d'origine anxiogène.

On peut rétrospectivement soupçonner chez ce patient le développement d'une psychose infantile.

Evolution :

(...)

Arrêté définitivement par le Dr [...], sous la pression du chômage, il fait alors une demande de rente AI à 50 %. Ne trouvant dès lors aucune place de travail, il est soigné par le Dr [...], psychiatre, pendant environ 2 ans pour état dépressif.

C'est dans ce contexte que je reçois Monsieur F. _____, envoyé par la Dresse B. _____ (...).

Son instabilité et son anxiété, qui s'expriment parfois par une agressivité incontrôlable provoquent un important conflit conjugal avec la démission de son épouse de son travail en Suisse et le départ de cette dernière pour le Portugal.

En conclusion :

La grande fragilité psychique de Monsieur F. _____, sa personnalité gravement anxieuse et évitante, et la présence de traits obsessionnels et agressifs, rendent impossible toute perspective d'intégration professionnelle, sauf dans un travail où il se sentirait rassuré et valorisé. Il va de soi que ces conditions ne sont pas susceptibles de se rencontrer dans la réalité.

En conséquence, j'estime que ce patient est totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. J'estime que cet état doit être considéré comme permanent et datant d'au moins 6 ans, ceci malgré des handicaps physiques considérés objectivement comme peu importants par le Dr [...] et par des expertises ne tenant compte que de l'aspect somatique et non de l'ensemble de la personnalité de votre assuré.

Les contradictions liées aux différentes opinions des nombreux intervenants et expertises auxquelles s'est trouvé confronté ce patient n'ont fait qu'aggraver son angoisse sous-jacente et ont ainsi contribué à l'état déplorable dans lequel il se trouve actuellement.

(...)"

Par avis médical du 24 octobre 2007, le Dr J. _____ du SMR relève ce qui suit :

"(...)

Rappelons qu'un jugement du TCA du 10.9.2004 confirmait l'incapacité de travail dans l'activité exercée, et une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Il n'y a donc pas lieu de revenir sur ce jugement.

Depuis lors, l'assuré a été pris en charge par le Dr S. _____, psychiatre, qui retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et personnalité anxieuse et évitante. Le premier rapport de novembre 2006 ne contient ni status, ni mention du traitement, ni description des limitations fonctionnelles.

Dans son rapport du 17 septembre 2007, ce spécialiste fait état d'une évolution satisfaisante, puisque le trouble dépressif est en rémission. Malgré cette amélioration, l'incapacité de travail reste totale depuis 2000 (!).

Compte tenu de ce qui précède, je conclus, comme le Dr M. _____ dans son avis du 19.1.2007, que le dernier rapport du Dr S. _____ n'a pas de valeur probante. Je propose de nous en tenir aux termes du jugement du TCA.

(...)"

Par projet de décision du 23 avril 2008, l'OAI a refusé les mesures professionnelles, respectivement l'aide au placement requis par l'assuré. Il a également indiqué que le taux d'invalidité de l'assuré s'élevait à 34,29 % (calculé sur un revenu théorique annuel sans invalidité de 55'639 fr. 98, un abattement de 20 % et par conséquent un revenu d'invalidité de 44'511 fr. 98), de sorte que le préjudice économique n'ouvrait pas le droit à une rente.

Par écriture du 15 mai 2008, A. _____, agissant au nom de l'assuré a contesté le projet de décision précité.

Par décision du 6 juin 2008, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des mesures professionnelles, respectivement au placement ainsi qu'à une rente. Il a retenu que, selon les renseignements médicaux en sa possession, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive ou de 10 kg de façon sporadique; changer de position une fois par heure). Indiquant que les conclusions du CIP indiquaient la possibilité de reclasser l'intéressé dans une activité

industrielle légère de type sériel à plein temps tout en relevant que les rendements de l'assuré (50 %), son discours plaintif et la souffrance exprimée par son visage le rendaient quasiment inemployable, l'OAI a considéré que l'analyse des nouveaux renseignements médicaux l'amenait à constater que la capacité de travail de F._____ était totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles indiquées précédemment. Ayant retenu un abattement de 20 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de la longue période d'inactivité professionnelle de l'assuré, l'office a calculé que le degré d'invalidité de ce dernier était de 34,29 % et n'ouvrait par conséquent pas droit à une rente.

B. Par acte du 2 juillet 2008 de A._____, F._____ a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances contre la décision de l'OAI du 6 juin 2008, en concluant, avec suite de frais, à l'annulation, le droit à une rente d'invalidité étant reconnu au recourant. Il a requis qu'un complément d'enquête médicale, surtout dans le domaine psychiatrique, soit ordonné.

Dans sa réponse du 10 septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En annexe à sa réplique du 29 octobre 2008, le recourant a produit un deuxième avis psychiatrique, établi par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 6 octobre 2008. Le Dr L._____ y relève les éléments suivants :

"(...)

J'ai reçu ce patient depuis le 7 août 2008 et ai procédé à une investigation psychiatrique globale (...). En date du 25 août 2008, j'ai soumis ce patient à des tests psychologiques pour confronter leurs résultats aux éléments de mon observation clinique.

ANAMNESE

(...)

M. F._____ mène une vie assez restreinte, vouée au ménage et à quelques promenades dans les parcs environnants. Il est plus calme depuis quatre ans, sous médication (*Sarotene retard 50 mg, deux comprimés le soir, Demetrin 20 mg, un comprimé le soir, et Imovane 7,5 mg, un comprimé au coucher*). De plus, il prend de l'Arthrotec 75 mg, un comprimé le matin et le soir, et du Dafalgan 1 g, à raison

d'un comprimé le matin et le soir, explique-t-il, pour diminuer ses douleurs. Avant d'être pris en charge par ses médecins traitants actuels, *"il était un homme très nerveux, il criait, s'agitait; il rappelle : j'ai presque tapé un monsieur (pour une histoire de parking), je voulais me tuer, ça me travaille dans la tête; j'ai toujours été nerveux, déjà à l'école je tremblais"*, nous a-t-il dit.

(...)

Observation

M. F. _____ est un homme de grande taille, qui marche mal, soigné de sa personne. Il n'a pas l'habitude de parler de lui, bien qu'il ait déjà fait de nombreuses consultations et qu'il suive un traitement psychiatrique régulier. Il fait de son mieux pour collaborer à l'investigation clinique et à l'examen psychologique et nous n'avons jamais observé chez lui de réticence quelconque.

Il est lucide, orienté dans le temps, dans l'espace et sur lui-même. Sa posture et sa mimique relèvent l'état de régression et de dépression dans lequel il se trouve actuellement. Cet état dure depuis de nombreuses années, précise-t-il.

M. F. _____ se plaint de difficultés d'attention et de concentration et signale des difficultés de mémoire. Ces difficultés se sont particulièrement aggravées depuis deux ans au moins, nous a-t-il dit.

L'anxiété se manifeste à travers les douleurs et les plaintes somatiques, et la gravité des douleurs et la persévérance des plaintes somatiques permet de conclure qu'elle est d'intensité moyenne. La symptomatologie dépressive est aussi évidente, caractérisée par l'irritabilité et l'instabilité de l'humeur, l'apathie, l'aboulie, l'adynamie, les difficultés d'endormissement, la fatigue et la fatigabilité, le sentiment de ne plus être à la hauteur, d'être un poids pour son entourage significatif et pour la société en général, les difficultés de concentration et d'attention déjà citées.

Cette symptomatologie a été d'intensité fluctuante depuis 1996, *"avec au moins deux à trois périodes par année où elle a été plus forte"* nous a dit le patient. C'est toutefois après 2000 que le poids de sa souffrance physique et psychique s'est fait plus lourdement sentir, avec des périodes où il n'était plus motivé et restait enfermé dans son sentiment d'être *"un homme fini"*. Ces périodes dureraient de deux à trois semaines à deux à trois mois. M. F. _____ dit *"avoir été aidé à supporter"* par ses médecins traitants et d'avoir, de ce point de vue, bénéficié de l'aide de M. le Dr S. _____ avec qui il a la chance de pouvoir s'exprimer dans sa langue maternelle. Cette évolution caractérise un trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à sévère.

C'est toutefois en raison de la pathologie décompensée de sa personnalité que la symptomatologie anxieuse et dépressive dont il souffre est devenue invalidante. En effet, cette symptomatologie est devenue progressivement destructurante et s'est accompagnée depuis des années (depuis 2000-2001) d'importants traits phobiques, entre autres de type hypocondriaque. Le fonctionnement psychique global s'est encore fragilisé depuis quatre à cinq ans par une angoisse de morcellement et une angoisse paranoïde, qui sont

facilement relevables chez ce patient, lequel a de toute évidence épuisé ses capacités adaptatives.

La pauvreté de son monde interne, l'incapacité pour lui de penser les émotions et de les exprimer, mis à part qu'à travers la souffrance du corps, l'intelligence limite, le peu de scolarisation et les sévères carences dans l'enfance font que la symptomatologie anxieuse et dépressive développée et progressivement aggravée doit être considérée comme invalidante par sa chronicité, même si les plaintes sont peu exprimées verbalement par le patient.

L'appréciation clinique d'une pathologie psychiatrique sérieuse a été confirmée par les tests psychologiques auxquels j'ai soumis ce patient (...).

EVALUATION DE LA SITUATION

L'étude des documents consultés, l'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques auxquels nous l'avons soumis, permettent de poser chez ce patient le diagnostic de **trouble dépressif récurrent**, avec épisodes d'intensité de légère à sévère, avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur dans les périodes de plus grave surcharge, aggravés par des préoccupations de type hypocondriaque, **épisode actuel d'intensité moyenne**, chez une personnalité du registre psychotique, organisée pour parer à l'angoisse de morcellement, à l'angoisse paranoïde, qui est actuellement d'intensité légère, alors qu'elle a pu être plus déstructurante à d'autres périodes, et à un déficit important de l'espace symbolique, sur le mode caractériel au sens de l'attachement au concret, avec d'importants traits obsessionnels et évitants.

(CIM-10 : F33, F45.2, F61)

Il s'agirait d'un **caractère psychotique** (...). Le tout chez un homme à l'intelligence limite, peu scolarisé et sévèrement carencé dans l'enfance, dont la personnalité doit être considérée décompensée de manière certaine depuis 2001, au vu de l'anamnèse. C'est à cette époque donc que la situation psychique de ce patient est devenue en elle-même invalidante, à notre avis. (...)

M. F._____ a supporté et surmonté beaucoup de difficultés, à commencer par les circonstances dramatiques de sa naissance au moment de la mort de son frère, le deuil du deuxième frère, les mauvais traitements chez son oncle dans l'indifférence de ses parents, tous traumatismes pendant l'enfance qui ont empêché une bonne scolarisation, puis la séparation du service militaire, celle d'avec sa famille quand il est venu en Suisse comme saisonnier... L'accident d'août 1996 a été la goutte qui a fait déborder le vase, après que toutes ses ressources adaptatives aient été épuisées. Elles sont toujours épuisées et elles le resteront, à notre avis. (...) Il n'a que très peu de conscience morbide pour ce qui est de ses problèmes psychologiques (...).

Je suis fondamentalement d'accord avec l'appréciation de M. le Dr S._____, déposée dans le "*Rapport médical*" qu'il a adressé à l'AI le 17 septembre 2007.

(...)

Il n'est pas inutile de préciser que M. F. _____ n'est certainement pas un simulateur, et que sans le soutien de ses médecins traitants, somaticien et psychiatre, et sans l'aide d'une médication psychotrope conséquente, il n'aurait pas pu maintenir ses capacités d'autonomie sociale résiduelles.

CONCLUSION

Il est étonnant de relever qu'on ait pu considérer **non probantes les évaluations, pourtant à mon avis, parfaitement fondées, de son psychiatre traitant, M. le Dr S. _____**, sans soumettre ce patient à une expertise psychiatrique en bonne et due forme.

L'observation à la Clinique D. _____ (...) devrait être réactualisée du point de vue somatique, et une évaluation psychiatrique détaillée devrait également être demandée ou alors une expertise psychiatrique devrait être mise en œuvre (...).

Mon appréciation de l'incapacité de travail d'ordre psychiatrique correspond à celle attestée par le Dr S. _____, **qui signale une incapacité de travail à 100 % depuis 2000.**

(...)"

Dans sa duplique du 4 décembre 2008, l'OAI a indiqué qu'au vu de la teneur de l'évaluation psychiatrique du Dr L. _____, il apparaissait que l'état de santé psychique du recourant s'était aggravé, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique lui semblait opportune. L'intimé a joint à la duplique l'avis médical établi le 3 décembre 2008 par le Dr M. _____ du SMR. Dans cet avis, le Dr M. _____ rappelle que la première évaluation psychiatrique du recourant a été effectuée le 10 février 1998 par le Dr G. _____ qui, dans son rapport, retenait des traits de personnalité obsessionnels et un syndrome de la douleur chronique. Selon le Dr M. _____, l'anamnèse du recourant ne laisse pas ressortir clairement les critères pour admettre un trouble dépressif récurrent. Relevant que le Dr L. _____ retient toutefois un trouble dépressif moyen, en donnant la liste des symptômes que l'on retrouve dans la CIM-10 sans les commenter, et conclut à une totale incapacité de travail depuis 2000, le Dr M. _____ souligne que si le rapport mentionne de nombreux symptômes essentiellement subjectifs, ils

ne sont pas relatés du point de vue objectif, que la personnalité à fonctionnement psychotique n'est pas, a priori, incapacitante et qu'il n'y a pas de contrôle sérieux de la compliance médicamenteuse. Il en conclut qu'il semble y avoir une aggravation de l'état de santé psychique, mais que celle-ci ne remonte certainement pas avant le printemps 2004 (expertise de la Clinique D._____ où il n'y avait pas d'indice psychiatrique ni de médication antidépresseur indiquée), de sorte qu'on ne peut admettre une incapacité totale de travail dès 2000. Il préconise par conséquent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique mais indique qu'en l'absence d'aggravation somatique annoncée depuis 2004 chez un assuré pour lequel les experts de la Clinique D._____ ont conclu qu'il souffrait de "troubles dégénératifs banals", il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise sur le plan somatique.

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. Le recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 6 juin 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 oeuvre, en particulier sur ce point. L'objet de la contestation devant la cour de céans ne concerne dès lors plus que le droit à une rente AI.

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) A titre liminaire, il convient de rappeler que, par décision du 12 septembre 2000, l'OAI a rejeté la première requête de tente AI déposée par le recourant, pour le motif que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive ou à 10 kg de façon sporadique; changement de position une fois par heure) et que le degré d'invalidité (37,64%), qui tenait compte d'un abattement de 20 %, était inférieur au taux minimum légal de 40 % ouvrant le droit à une rente. Après que le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours formé contre cette décision par arrêt du 10 septembre 2004, le recourant a déposé une nouvelle requête de prestations AI, le 19 janvier 2005.

b) Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA). Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TF I 238/03, consid. 2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les articles précités. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5, 113 V 273, consid. 1a). Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente. En outre, une modification peu importante des données statistiques de caractère général ne peut mener à révision (ATF 133 V 545, consid. 7.1). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'il se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée).

5. a) Le recourant fait valoir que son état psychique est si fragile qu'il rend impossible toute perspective d'intégration professionnelle. En substance, il reproche à l'OAI d'avoir fondé sa décision sur des faits incomplets, respectivement constaté les faits pertinents de manière incomplète, respectivement inexacte en ce qui concerne notamment son

état de santé psychique. Se fondant sur l'avis médical du 8 octobre 2008 du psychiatre le Dr L._____, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent chez une personnalité du registre psychotique entraînant, au moins depuis 2000, une incapacité totale de travail, le recourant requiert la mise en œuvre d'un complément d'enquête médicale, surtout dans le domaine psychiatrique.

Dans sa duplique du 4 décembre 2008 et l'avis du SMR du 3 décembre précédent qui y était joint, l'OAI reconnaît que, dès lors que dans son évaluation psychiatrique le Dr L._____ retient un trouble dépressif moyen, une aggravation de l'état de santé psychique du recourant est possible, mais que celle-ci ne remonte certainement pas avant le printemps 2004. Il préconise dès lors la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, mais indique qu'en l'absence d'aggravation somatique annoncée depuis 2004 chez un assuré pour lequel les experts de la Clinique D._____ ont conclu qu'il souffrait de "troubles dégénératifs banals", il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise sur le plan somatique.

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).

Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que

la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007, précité, consid. 5.2).

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).

c) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations AI déposée par le recourant en 1997 et qui avait abouti à un rejet, le Dr G._____, médecin adjoint du Service de médecine psycho-sociale de la Polyclinique Z._____ avait retenu, dans son rapport du 10 février 1998, que le recourant ne présentait pas de pathologie au sens d'un trouble évident de la personnalité ou de l'humeur, mais une constellation douloureuse (syndrome de la douleur chronique), qui envahissait globalement son existence, ainsi que des traits de

personnalité obsessionnels (perfectionnisme dans l'accomplissement des tâches professionnelles). Cet avis médical a été confirmé par les Drs T._____ et N._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant de la Policlinique Z._____ le 16 mars 1998. Les investigations médicales effectuées par la suite ont été limitées à l'examen rhumatologique et neurologique du recourant et ont finalement conduit le Tribunal cantonal des assurances, dans son arrêt du 10 septembre 2004, à reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétée ou à 10 kg de façon sporadique et permettant de pouvoir changer de position une fois par heure. L'état de santé psychique du recourant et l'allégation de sa détérioration au point qu'elle le priverait de toute capacité de gain sur le marché du travail n'a été évoqué par le nouveau médecin traitant du recourant que le 29 mars 2005, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI du 19 janvier 2005.

De ces éléments, il faut déduire que l'état de santé psychique du recourant n'était pas invalidant avant 2004. Les avis des psychiatres, les Drs S._____ et L._____, qui défendent la thèse que le recourant souffrirait d'une atteinte psychiatrique entraînant une incapacité totale de travail depuis 2000 au moins, ne paraissent pas concluants, respectivement suffisamment étayés, puisqu'ils se fondent uniquement sur l'anamnèse du recourant et qu'en 1998, le Service psycho-social de la Policlinique Z._____ ne retenait ni trouble de l'humeur, ni trouble de la personnalité mais des traits obsessionnels se caractérisant par un perfectionnisme exagéré dans l'accomplissement des tâches professionnelles.

Il n'en demeure pas moins que les avis médicaux émis depuis 2005 par le médecin traitant et les psychiatres consultés par le recourant laissent apparaître que son état psychique s'est détérioré depuis l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 10 septembre 2004 confirmant la décision de refus de prestations de l'OAI. Ainsi, le 29 mars 2005, la Dresse B._____ indique que l'assuré présente un "état dépressif sévère", avec idéation suicidaire, troubles du sommeil, retrait social, aboulie, diminution

dramatique des capacités adaptatives et qu'il n'est pas exclu que cet état dépressif joue un rôle dans l'expressivité des douleurs somatiques. Le 12 juin 2006, la Dresse B._____ téléphone à l'OAI en exposant que l'état de l'assuré s'est sensiblement aggravé depuis l'arrêt rendu par le Tribunal cantonal des assurances; le 11 septembre 2006, elle écrit que l'état psychique du recourant reste très préoccupant puisque, malgré une médication lourde, il continue à présenter d'importants troubles de l'humeur, avec des craintes de passage à l'acte sur un mode agressif, des ruminations et d'importants troubles du sommeil. Dans un rapport du 11 novembre 2006, le psychiatre traitant du recourant, le Dr S._____, indique comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, et personnalité anxieuse (évitante); il précise que l'état dépressif de son patient a suivi des exacerbations et des rémissions partielles au gré de l'espoir de résoudre sa situation professionnelle et que, lorsque cet espoir s'est dissipé, il a présenté une aggravation très forte de sa dépression avec des caractéristiques psychotiques sous forme, entre autres, d'une angoisse extrême, difficile à réduire avec des doses d'anxiolytiques élevées à côté d'un antidépresseur de référence. Le psychiatre estime toutefois à l'époque que l'on peut exiger de son patient une activité dans un atelier protégé à un taux d'au moins 50 %, mais que, dans ce cadre-horaire, il y a lieu à s'attendre à une diminution de rendement. Le 17 février 2007, la Dresse B._____ informe l'OAI que le recourant présente de plus en plus souvent et de manière de plus en plus visible des manifestations anxieuses importantes se traduisant par un mode agressif à l'encontre de son entourage familial et vis-à-vis de l'extérieur (il collectionne des bâtons et autres objets contendants). Le 17 septembre 2007, le Dr S._____ écrit que le trouble dépressif récurrent dont souffre son patient est actuellement en rémission partielle, mais relève que son instabilité et son anxiété, qui s'expriment parfois par une agressivité incontrôlable, ont provoqué un important conflit conjugal avec pour conséquence le départ de son épouse pour le Portugal. Il souligne que la grande fragilité psychique du recourant, sa personnalité gravement anxieuse et évitante et la présence de troubles obsessionnels et agressifs rendent impossible toute perspective

d'intégration professionnelle, sauf dans un travail où il se sentirait rassuré et valorisé, conditions qui ne sont pas susceptibles de se rencontrer dans la réalité. Cette nouvelle évaluation conduit le Dr S. _____ à considérer que son patient est totalement incapable d'exercer une activité professionnelle et que cet état doit être considéré comme permanent et datant d'au moins 6 ans. Le psychiatre consulté au mois d'octobre 2008, le Dr L. _____, a lui aussi posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent chez une personnalité à caractère psychotique.

Pour leur part, les médecins du SMR, ont persisté, nonobstant les diagnostics posés par le médecin et le psychiatre du recourant, à considérer que l'état de santé psychique de ce dernier n'était pas atteint au point de l'empêcher d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques. Se fondant sur leur avis, l'OAI a refusé de considérer l'état de santé psychique du recourant comme invalidant et a nié son droit à une rente. Dans la présente procédure, le diagnostic de trouble dépressif récurrent confirmé par le Dr L. _____ en octobre 2008 reste d'ailleurs contesté par l'OAI, respectivement par le Dr M. _____ du SMR. Dans l'avis médical du 3 décembre 2008, celui-ci considère en effet que l'anamnèse du recourant ne laisse pas ressortir clairement les critères pour admettre un trouble dépressif récurrent et relève que si le Dr L. _____ retient un trouble dépressif moyen, il se contente toutefois de donner la liste des symptômes que l'on retrouve dans le CIM-10, sans les commenter. Enfin, il estime que les nombreux symptômes mentionnés dans le rapport du Dr L. _____ sont essentiellement subjectifs et que la personnalité à fonctionnement psychotique "n'est pas, a priori, incapacitante". Le Dr M. _____ admet cependant que l'état de santé psychique du recourant semble s'être aggravé depuis le printemps 2004 et mérite par conséquent d'être investigué.

Les éléments médicaux rappelés ci-dessus conduisent à admettre que l'état psychique du recourant s'est dégradé de façon globale depuis 2004, même si les épisodes d'état dépressif sévère rapportés par ses médecins ont été suivis de périodes de rémission partielle. Reste à déterminer si cette péjoration est invalidante et ne permet plus au

recourant d'exercer une quelconque activité professionnelle. Les éléments au dossier ne sont toutefois pas suffisants pour permettre à la cour de céans de statuer sur ce point. En effet, les avis émanant des psychiatres, bien que tout à fait concluants quant à la réalité de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant - en particulier celui du Dr L._____, qui contient une appréciation médicale très détaillée -, sont toutefois principalement fondés sur l'anamnèse et les plaintes subjectives du recourant et ne sont de ce fait pas suffisamment objectifs pour qu'on puisse leur reconnaître une pleine valeur probante. En outre, l'appréciation médicale formulée par le psychiatre traitant du recourant paraît partiellement contradictoire. Ainsi, le 16 novembre 2006, le Dr S._____ pose le diagnostic "d'état dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques", retient une totale incapacité de travail depuis 6 ans mais considère que son patient peut exercer une activité dans un atelier protégé à 50 %; une année plus tard, tout en exposant que le recourant est en rémission partielle, le Dr S._____ rappelle que le recourant est en incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle depuis au moins 6 ans et ne parle plus de travail dans un atelier protégé. Au vu des avis médicaux partiellement contradictoires et par conséquent peu convaincants, il faut constater que seule une expertise psychiatrique est à même de clarifier l'aspect psychiatrique de la situation du recourant. Dès lors que l'intimé a omis d'ordonner ce complément d'instruction, le grief de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents doit être considéré comme bien fondé, dans la mesure du moins où il concerne une atteinte à l'état de santé psychique du recourant depuis 2004.

Il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision tenant compte de l'évaluation globale du degré d'invalidité du recourant. Il importe que l'OAI ne tarde pas à rendre cette nouvelle décision, étant

donné que la demande de prestations a été déposée il y a plus de quatre ans.

6. a) Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

b) Conformément à l'art. 61, 1^{ère} phrase LPGA, la question des dépens est en principe réglée par le droit cantonal. Cette même disposition fixe toutefois le principe selon lequel le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (let. g).

Selon l'art. 55 al. 1 LPA-VD, les dépens servent au remboursement des frais que la partie a engagés pour défendre ses intérêts. L'art. 7 TFJAS (tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2) précise que les dépens alloués au recourant qui obtient gain de cause comprennent les frais d'avocat ou de représentant et les autres frais indispensables occasionnés par le litige (al. 1), les frais d'avocat ou de représentant comprenant une participation aux honoraires et les débours indispensables (al. 2).

Dans le cas particulier, le recourant ne doit pas supporter lui-même des frais d'avocat ou de représentant, ni d'autres frais directement liés à la procédure de recours cantonale. Quant à son mandataire, A._____, il n'a pas mandaté un avocat pratiquant la représentation juridique au sens de l'art. 2 LLCA (loi fédérale du 23 juin 2000 sur la libre circulation des avocats, RS 935.61) pour agir au nom de l'assuré (circonstance qui pourrait éventuellement justifier l'allocation de dépens - cf. TF 1A.29/2004 du 21 septembre 2004, consid. 3 ; TF 1A.22/2003 du 13 mai 2003, consid. 3).

Dans ces conditions, il convient de constater que, bien qu'obtenant gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (Cour ass. soc., arrêt du 25 mars 2009, n° AI 172/09-83/2009).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée.

- III. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaire ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- A. _____, 1004 Lausanne (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, 1800 Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 3003 Berne.

par l'envoi de photocopies.

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