

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2010

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Thalmann et Lanz Pleines  
Greffière : Mme Pasche

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à Renens, recourant,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 LAI, 17 LAI et 28 al. 2 LAI; 6, 7, 8 et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1962, ressortissant portugais, père de trois enfants dont un adulte, a travaillé comme machiniste auprès de [...] de 1986 à 1996, puis a été au chômage du 1er avril 1996 au 31 mars 1998. Le 9 juin 1999, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente, précisant qu'il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le mois de janvier 1999 en raison d'une dépression et de maux au dos et au genou.

Dans un rapport médical du 22 juillet 1999 à l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé le diagnostic de syndrome dépressif majeur récidivant. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il présentait une incapacité de travail entière dans la profession de machiniste dès le 24 février 1999. Les douleurs et les troubles de l'assuré consistaient en des difficultés d'endormissement, une fatigue prononcée, un manque d'appétit, d'intérêt pour les tâches quotidiennes, un sentiment de dépression et d'abattement, une mauvaise opinion de soi-même, la «bougeotte» et des idées suicidaires. Il éprouvait également des douleurs lombaires chroniques depuis dix ans avec des blocages occasionnels, parfois avec des irradiations douloureuses dans la jambe gauche et des douleurs dans le genou gauche qui persistaient malgré la méniscectomie de mars 1999.

Dans un rapport médical à l'OAI du 24 août 1999, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il présentait une accentuation des douleurs lombaires lors de l'effort. Il a posé le diagnostic de syndrome vertébral lombaire sur troubles statiques du rachis lombaire et de status après méniscectomie interne du genou gauche.

Dans un projet de décision du 9 mai 2000, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assuré, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte invalidante à sa santé et que sa capacité de travail pourrait être entière dans une activité adaptée à son problème dorsal.

L'assuré a été hospitalisé du 10 au 17 mai 2000 à l'hôpital de Cery, unité Accueil, Observation et Crise, souffrant d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève suite au refus de rente AI, mais avec une évolution favorable (rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_ et du Dr R. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2000 à l'OAI).

L'assuré ayant fait état de problèmes psychiques et requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'OAI a mandaté le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise le 25 novembre 2000. L'expert a posé, sur l'axe I, les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive d'intensité légère, d'amplification volontaire et simulation et de non observance du traitement et, sur l'axe II, celui de personnalité passive agressive à traits dépendants. Il a relevé que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail devait être réduite de 20% au maximum. En outre, en raison de son manque de scolarité, de sa formation professionnelle et suite à l'absence de volonté et de collaboration qui avaient été observées, un reclassement professionnel ne paraissait pas opportun. L'assuré était parfaitement apte par lui-même à trouver une activité de manœuvre simple adaptée à ses éventuelles limitations physiques.

Dans un rapport d'examen du Service médical régional AI (ci-après: SMR) du 17 avril 2001, le Dr D. \_\_\_\_\_ et la Dresse L. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ était complète, claire et convaincante et devait être suivie.

L'OAI a rendu le 11 mai 2001 une décision niant le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, dans la mesure où celui-ci ne présentait pas d'atteinte invalidante à sa santé.

L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 13 juin 2001.

Dans un rapport médical du 9 avril 2002, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine physique et rhumatologie, a indiqué à la suite d'une IRM de la région lombaire et dorsale de l'intéressé, que les radiologues avaient décrit une hernie discale médiane en D6 et des relâchements des disques intervertébraux des derniers segments lombaires (L4-L5 L5-S1).

Par jugement du 24 juillet 2003, le Tribunal des assurances a rejeté le recours de l'assuré. En substance, il a retenu que sur le plan somatique, ce dernier ne présentait pas d'atteinte somatique significative et qu'il n'y avait pas d'atteinte récente, observant notamment qu'il résultait du rapport joint à l'IRM du 28 mars 2002 que les atteintes constatées étaient légères et anciennes. Sur le plan psychique, le Tribunal des assurances a considéré, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, que l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% au plus. En comparant les revenus sans invalidité (54'604 fr. 85 en 2000) et avec invalidité (44'511 fr. 80 pour une activité exercée à 80%), avec un abattement de 10%, il a obtenu un taux d'invalidité de 26,6% qui ne permettait pas à l'assuré d'obtenir une rente d'invalidité.

**B.** L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 14 mai 2004, faisant valoir une aggravation de son état de santé.

Dans un rapport médical du 21 juin 2004 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a observé que son patient décompensait depuis environ deux ans d'importantes douleurs dorsales et lombosciatiques. Ce praticien sollicitait la mise en œuvre d'une expertise neutre de l'assuré, jugeant que dans l'état actuel de celui-ci, aucune profession n'était envisageable.

Par courrier du 13 décembre 2004, une assistante sociale du Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après: DUPA) a fait

savoir à l'OAI que l'assuré, qui avait été suivi entre 2000 et 2002 dans ce service pour des troubles anxieux et de l'humeur, y était à nouveau suivi depuis le 20 avril 2004.

Après avoir pris connaissance du rapport médical du Dr K. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2004 ainsi que du courrier du DUPA du 13 décembre 2004, la Dresse X. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué dans un avis médical du 13 avril 2005 qu'il convenait de procéder à un examen bidisciplinaire de l'assuré, rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer s'il y avait une aggravation de l'état de santé et quelle était l'exigibilité.

L'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assuré s'est déroulé le 25 janvier 2006. Les Drs C. \_\_\_\_\_, médecine interne et rhumatologie FMH, et P. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, ont rendu leur rapport le 31 mars 2006. Ils ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dorso-lombalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale D6-D7 et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante. Ils ont en outre posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité et de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans une situation conjugale difficile (F43.21). Sous la rubrique «appréciation consensuelle du cas», les Drs C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont retenu ce qui suit:

«L'assuré se plaint essentiellement de dorso-lombocuralgies bilatérales à nette prédominance droite ainsi que de gonalgies bilatérales. Au status, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est un peu diminuée, mais il existe des signes de non organicité selon Waddel (lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées ainsi que démonstrativité de l'assuré, qui allègue des dorsalgies ou des lombalgies à la manoeuvre de Gänsslen de la main droite, à l'examen de la mobilité des épaules ainsi qu'à l'examen de la mobilité de la colonne cervicale). D'ailleurs, l'assuré présente d'autres signes de démonstrativité et de syndrome d'amplification des troubles comme des douleurs du genou gauche à l'examen de la mobilité de la hanche droite. Il faut noter à cet égard que la mobilité des deux genoux est bien conservée, qu'ils sont bien stables et sans épanchement. Il existe par contre simplement un syndrome rotulien bilatéral. Par ailleurs, la mobilité de toutes les autres articulations périphériques est normale et

il n'existe pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est également normal.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann. Les radiographies des genoux montrent des signes débutants de gonarthrose. Cependant, une IRM dorsolombaire du 22 mars 2002 aurait mis en évidence une hernie discale D6-D7 médiane, provoquant un renflement postérieur avec légère compression médullaire. L'assuré ne nous a cependant pas amené les clichés de cet examen, nous disant qu'ils n'ont pas été retrouvés chez ses divers médecins et à la clinique, où ils ont été pratiqués. Nous lui avons donc demandé d'essayer de les retrouver et de nous les envoyer, ce qu'il n'a pas fait. Par ailleurs, selon le rapport de la Dresse E. \_\_\_\_\_, qui a pratiqué cet examen, il existe également de légères discopathies en L2-L3 et L5-S1 avec relâchement ligamentaire médian L4-L5, légère protrusion médiane et paramédiane droite en L5-S1 et légère arthrose interfacettaire lombaire. Cet examen confirme donc également la présence de discrets troubles dégénératifs du rachis tout à fait compatibles avec l'âge de l'assuré. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons donc les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons une incapacité de travail de 30%, dans l'activité de machiniste ou d'homme à tout faire dans une propriété. Nous retenons un tel taux d'incapacité de travail surtout en raison de l'hernie discale D6-D7, les autres troubles statiques et dégénératifs du rachis étant relativement discrets et tout à fait compatibles avec l'âge de l'assuré. La pathologie discrète des genoux conduit à certaines limitations fonctionnelles que nous énumérons plus bas. Par ailleurs, dans le cadre d'une activité strictement adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires sous-mentionnées, la capacité de travail est et a toujours été complète.

**Du point de vue psychiatrique** on se trouve évidemment devant un trouble de l'adaptation prolongé dans le contexte d'une nouvelle séparation conjugale imminente, sur le fond d'une histoire de divorce très conflictuel et difficile en 1998. Un tel trouble de l'adaptation correspond à une souffrance psychique importante, mais ne correspond pas à une maladie psychiatrique majeure et n'engendre pas une incapacité de travail de longue durée. Ceci n'exclut pas des périodes d'incapacité de travail de courte durée.

La clinique psychiatrique de Cery a également retenu le caractère réactionnel (trouble de l'adaptation) au mois de mai 2000, où l'assuré a commis un tentamen médicamenteux qui ne mettait pas en danger sa vie, avec une bonne et rapide rémission de l'état dépressif.

La situation se complique par le fait que le rapport du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, où le patient était pris en charge en ambulatoire après cette hospitalisation, pose le diagnostic d'un «trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, en rémission», diagnostic qui est en contradiction avec le diagnostic porté par la clinique: la description dans la lettre du Dr S. \_\_\_\_\_ du 14 août 2001 est «il se plaint en effet de fatigue, tristesse, de sentiment de ruine, de difficultés de concentration et de trouble du sommeil avec présence d'idéation suicidaire». Ceci est en fait compatible avec une dépression réactionnelle, mais ne contient pas suffisamment d'éléments pour la pose

d'un diagnostic qui correspond à une maladie psychiatrique majeure selon les critères de la CIM 10. De toute façon nous prenons connaissance que selon le document du Dr S. \_\_\_\_\_ du 14 août 2001, la dépression est en rémission.

A l'occasion de notre examen, nous posons le diagnostic d'une dépression réactionnelle à un nouveau divorce imminent, situation pour laquelle l'assuré est déjà psychiquement traumatisé. Il s'agit d'une souffrance psychique importante, réactionnelle à sa situation difficile, mais qui ne correspond pas à une maladie psychiatrique majeure, et ne justifiant pas un arrêt maladie de longue durée.

Nous ne constatons pas de limites fonctionnelles psychiatriques dans le sens d'une incapacité de travail de longue durée, ni complète ni partielle, issue de cette souffrance psychique. Dans ce contexte, nous soulignons qu'une souffrance psychique peut être humainement entièrement compréhensible, mais qu'elle n'est pas à confondre avec une maladie psychiatrique. Il existe des maladies psychiatriques sévères sans souffrance psychique et on peut présenter une souffrance psychique intense avec un sentiment profond d'être malheureux, dans des situations difficiles de la vie évoquant la compassion de la majorité des observateurs, sans avoir une maladie psychiatrique.

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100%. Du point de vue psychiatrique on observe un traitement sub-optimal du trouble du sommeil. Un traitement optimal diminuerait l'épuisement accumulé par le trouble du sommeil chronique.

#### **Les limitations fonctionnelles**

Rachis: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Genoux: pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles ou escaliers.

Du point de vue psychiatrique : aucune

#### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?**

Dans sa lettre du 21 juin 2004, le Dr K. \_\_\_\_\_ évoque une nette aggravation des lombalgies et des dorsalgies qu'il a décrites à partir d'avril 2002, suite à la pratique de l'IRM lombaire du 22 mars 2002, qui a mis en évidence une hernie discale dorsale. Ainsi, nous retenons une incapacité de travail de 30% à partir de la date de cette IRM dorso-lombaire, qui remonte au 22 mars 2002. Il faut relever à cet égard que nous retenons ce taux d'incapacité de travail spécialement en raison de cette hernie discale dorsale, bien que les hernies discales dorsales soient souvent asymptomatiques, que l'assuré ne présente pas de douleurs localisées seulement à la région de D6-D7, mais des douleurs dorso-lombaires diffuses et qu'il présente, par ailleurs, de nombreux signes de non organicité selon Waddel ainsi qu'une importante démonstrativité.

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée. Ceci n'exclut pas plusieurs périodes d'incapacité de courte durée.

#### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Stationnaire.

**Concernant la capacité de travail exigible**, sur la base des observations pluridisciplinaires qui ont été faites lors de l'examen SMR du

25 janvier 2005, il apparaît que l'incapacité de travail est de 30% dans l'activité de machiniste ou d'homme à tout faire. Par contre, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires susmentionnées, la capacité de travail est complète.

Du point de vue psychiatrique elle est de 100%.

**CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE: 70%.

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE :100% DEPUIS MARS 2002.»

Par décision du 26 juin 2006, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Il a retenu que la capacité de travail de ce dernier était entière dans une activité légère de substitution. Sur cette base, il a procédé à une comparaison des revenus entre le salaire réalisé sans invalidité (57'806 fr. 18) et le salaire réalisable dans une activité adaptée, arrêté à 52'025 fr. 56 compte tenu d'un abattement de 10 pour-cent. Il en résultait une perte de gain de 5'780 fr. 62 correspondant à un degré d'invalidité de 10%, taux inférieur à 40% qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Il a encore indiqué que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas susceptibles d'améliorer sa capacité de gain.

L'assuré a formé opposition à cette décision par lettre de son conseil du 21 août 2006, faisant valoir que la persistance et la durée de son caractère dépressif laissaient penser qu'elles avaient une incidence concrète sur sa capacité de travail, que l'expertise du 25 janvier 2006 n'était pas suffisamment étayée pour pouvoir exclure une telle atteinte à sa capacité de gain, qu'un reclassement serait à même de lui permettre de recouvrer une capacité de gain, respectivement une activité professionnelle. Il demandait en outre un complément d'expertise psychiatrique permettant d'affirmer ou d'infirmier l'existence d'une affection psychiatrique invalidante et, à titre subsidiaire, que des mesures de reconversion professionnelle soient ordonnées après examen de la situation par un spécialiste en la matière.

Par communication du 26 février 2007, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts de la remise en prêt d'un appareil acoustique, conformément à sa demande.

Selon un certificat médical du 19 avril 2007 du Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre, et de la Dresse F.\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie du CHUV, Consultation de [...], l'assuré est suivi à la consultation pour une prise en charge de son trouble psychiatrique.

Dans un projet de décision du 9 mai 2007, l'OAI a refusé la prise en charge des frais de supports plantaires de l'assuré, dès lors que ces moyens auxiliaires étaient le complément important de mesures médicales allouées par l'AI, ce qui n'était pas le cas de l'assuré.

Par décision sur opposition du 26 juin 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 27 juin 2006. Il a relevé que l'état de santé de l'assuré avait fait l'objet d'investigations approfondies, que le trouble d'ordre psychiatrique mis en évidence n'avait aucune répercussion durable sur sa capacité de travail, que le rapport du SMR revêtait valeur probante et que les pièces médicales figurant au dossier lui permettaient de se prononcer valablement sur son droit à des prestations de l'AI, une expertise psychiatrique ne se révélant en conséquence pas nécessaire. Enfin, le degré d'invalidité étant inférieur à 20%, respectivement à 40%, c'était à juste titre que le droit tant à des mesures professionnelles qu'à une rente d'invalidité avait été nié.

**C.** J.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances le 8 juillet 2008, concluant implicitement à son annulation. En substance, il fait valoir que son dossier a été mal instruit. Il explique que son état de santé s'aggrave, dans la mesure où ses genoux se déforment en raison de l'arthrose, qu'il a été opéré pour la troisième fois du ménisque gauche, qu'il est devenu sourd de l'oreille droite, qu'il doit porter des semelles orthopédiques, qu'il présente une hernie discale D6-D7 et une gonarthrose bilatérale qu'il qualifie de «plus que débutante», ainsi qu'une bactérie dans l'estomac que son médecin ne parvient pas à éliminer et qui nécessitera des examens complémentaires au CHUV afin de déterminer s'il s'agit d'un cancer de l'estomac. Il expose être séparé de sa deuxième épouse, demeurer à l'aide sociale et faire des démarches pour avoir un travail d'occupation auprès de la Fondation Intégration pour

tous (IPT). Il explique être suivi depuis huit ans par les psychologues et psychiatres de Cery, du CHUV et actuellement par les médecins du Centre médico-chirurgical du [...] à [...]. Il requiert enfin production d'un rapport le concernant en mains des Drs V.\_\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ du Centre médico-chirurgical du [...].

Dans un courrier du 12 juillet 2008, l'assuré a renouvelé sa réquisition tendant à la production de son dossier en mains des médecins du Centre médico-chirurgical du [...]. Il s'est en outre déclaré prêt à se soumettre à tout contrôle ou expertise.

Dans une écriture du 27 octobre 2008, l'assuré explique qu'il est contraint de travailler à 50% en raison de son admission au régime des arrêts domiciliaires, dans la mesure où il a été condamné à deux mois de prison dès lors qu'il ne parvenait plus à payer les pensions alimentaires de ses enfants. Il renouvelle en outre sa réquisition tendant à l'obtention de rapports médicaux le concernant auprès des médecins désignés dans son recours. Il produit enfin un courrier de la [...] du 2 juillet 2008 lui impartissant un délai au 10 septembre 2008 pour lui fournir la preuve qu'il exerce une activité à un taux de 50% au minimum, ainsi qu'un contrat de travail de durée indéterminée auprès de la société [...], prévoyant son engagement à mi-temps, soit une durée hebdomadaire de 20h30 en moyenne par semaine, en qualité de manutentionnaire aide-monteur, au salaire horaire de 24 fr. 20 dès le 1er septembre 2008.

Dans sa réponse du 7 novembre 2008, l'OAI relève qu'en l'absence d'éléments nouveaux et le dossier de l'assuré ne comportant pas de lacunes, il préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant ne s'est pas déterminé dans le délai qui lui a été imparti à cet effet par courrier du 21 novembre 2008.

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

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

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

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, 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 satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

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

**3.** Le recourant conteste en substance le degré d'invalidité retenu par l'autorité intimée et fait valoir que son état de santé s'est aggravé, se plaignant également du fait que son dossier n'a pas été correctement instruit par l'autorité intimée. Pour sa part, l'OAI reconnaît au recourant une capacité de travail de 70% dans son activité habituelle de machiniste et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles, se fondant sur l'examen bidisciplinaire du SMR effectué le 25 janvier 2006.

**a)** Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain 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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

Aux termes de 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, 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).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**d)** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale

n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

Par ailleurs, selon la Haute Cour, 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, consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25

mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_210/2010 du 7 septembre 2010, consid. 2.3).

**4.** En l'espèce, la décision attaquée repose sur le rapport d'examen clinique bidisciplinaire des Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du SMR du 25 janvier 2006, lesquels parviennent à la conclusion que le recourant conserve une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

**a)** D'un point de vue somatique, le Dr K.\_\_\_\_\_ indique dans son rapport médical du 21 juin 2004 que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé, le patient décompensant depuis environ deux ans d'importantes douleurs dorsales. Lors d'un contrôle du 16 juin 2004, le syndrome sciatique de l'assuré était tellement important qu'il avait dû prendre un traitement de cortisone en plus des anti-inflammatoires habituels. Or selon le rapport du SMR du 31 mars 2006, rédigé à la suite de l'examen de l'assuré du 25 janvier 2006, les examens radiologiques mettent en évidence de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann. Les radiographies des genoux montrent des signes débutants de gonarthrose. Selon le rapport de la Dresse E.\_\_\_\_\_, qui a pratiqué une IRM dorsolombaire le 22 mars 2002, il existe également de légères discopathies en L2-L3 et L5-S1 avec relâchement ligamentaire médian L4-L5, légère protrusion médiane et paramédiane droite en L5-S1 et légère arthrose interfacettaire lombaire. Selon les médecins du SMR, cet examen confirme donc également la présence de discrets troubles dégénératifs du rachis, lesquels sont compatibles avec l'âge de l'assuré. Au vu des diagnostics posés, savoir ceux de dorso-lombalgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale D6-D7 et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante, les médecins du SMR retiennent une incapacité de travail de 30% dans l'activité de machiniste ou d'homme à tout faire dans

une propriété, ce surtout en raison de la hernie discale D6-D7, les autres troubles statiques et dégénératifs du rachis étant relativement discrets et tout à fait compatibles avec l'âge de l'assuré. Quant à la «bactérie dans l'estomac» que l'assuré mentionne dans son recours, les médecins du SMR ont relevé que ce dernier avait eu une gastroscopie en 2003, qui avait montré un pli cicatriciel et inflammatoire du bulbe duodéal pouvant correspondre à une cicatrice d'ulcère bulbaire et que l'histologie avait permis de retenir une gastrite chronique avec *Helicobacter pylori* positif. Cet élément a donc été examiné par le Dr C.\_\_\_\_\_. S'agissant de la pathologie discrète des genoux, elle conduit selon les médecins du SMR à certaines limitations fonctionnelles (rachis: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Genoux: pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles ou escaliers). Dans une activité adaptée tenant compte desdites limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, les médecins du SMR sont d'avis que la capacité de travail est et a toujours été complète.

**b)** Sous l'angle psychique, il ressort du courrier du DUPA du 13 décembre 2004 que l'assuré a été suivi à la consultation de la section troubles anxieux et de l'humeur entre 2000 et 2002, et qu'il est à nouveau suivi depuis le 20 avril 2004. Il résulte d'un certificat médical du 19 avril 2007 du Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre, et de la Dresse F.\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie du CHUV, Consultation de [...], que l'assuré est suivi pour une prise en charge de son trouble psychiatrique. Les médecins du SMR posent dans leur rapport du 31 mars 2006 le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans une situation conjugale difficile (F43.21). Ils relèvent que la dépression est réactionnelle à un nouveau divorce imminent, situation pour laquelle l'assuré est déjà psychologiquement traumatisé. Selon eux, il s'agit d'une souffrance psychique importante, réactionnelle à la situation difficile de l'assuré, mais qui ne correspond pas

à une maladie psychiatrique majeure et ne justifie pas un arrêt maladie de longue durée. Ils soulignent pour le surplus qu'une souffrance psychique peut être humainement entièrement compréhensible, mais qu'elle n'est pas à confondre avec une maladie psychiatrique. L'assuré ne présente en outre aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique selon les médecins du SMR. Ils concluent que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 pour-cent.

Le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé le 25 janvier 2006 par les Drs C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du SMR procède d'un examen particulièrement attentif du dossier médical du recourant et répond de manière claire et précise aux questions posées. Il ne contient pas de contradiction et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettrait d'en mettre en cause les conclusions bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante (cf. supra, consid. 3d). Rien ne permet au demeurant de considérer que le dossier du recourant n'aurait pas fait l'objet d'une instruction attentive. Les conclusions du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR doivent supplanter celles de l'avis opposé du Dr K. \_\_\_\_\_, dont le rapport est au demeurant antérieur, et qui, en sa qualité de médecin traitant, est naturellement plus enclin à se prononcer en faveur de son patient. Quant au courrier du DUPA du 13 décembre 2004 et au certificat médical du 19 avril 2007 de la Consultation de [...], très peu étayés, ils ne s'écartent pas de l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR, qui observe que la souffrance psychique du recourant est réactionnelle à sa situation difficile, sans qu'il présente suffisamment d'éléments pour la pose d'un diagnostic qui correspond à une maladie psychiatrique majeure selon les critères de la CIM 10.

**c)** Au vu de ces éléments, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'autorité intimée, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA).

**a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30, consid. 1, consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4; 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224, consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé

(revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid. 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1er avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

**b)** En l'espèce, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2003. S'agissant du revenu de valide, lorsque la décision litigieuse a été rendue le 26 juin 2008, le recourant n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis 1996. L'OAI s'est ainsi référé au salaire ressortant de l'ESS, soit en 2002, pour des assurés effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), 4'557 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2002,

TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente – compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2002 (41,7 heures [La Vie économique 11-2005, p. 86, tableau B9.2]) – un revenu d’invalidé de 4'750 fr. 67 par mois (4'557 x 41.7 : 40 heures), 57'008 fr.07 par année. Compte tenu de l’évolution moyenne des salaires de 2002 à 2003 (+1,40% [La Vie économique 11-2005, p. 87, tableau B.10.2]), le salaire est de 57'806 fr. 18. Ce montant n’est pas critiquable, dans la mesure où en se fondant sur le compte individuel de la CCVD et en retenant un revenu hypothétique maximum de 52'422 fr. 40 (moyenne des revenus entre 1991 et 1995), revalorisé de 1995 à 2003, le salaire de l’assuré se serait monté à 57'775 fr. 11 (source: OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1939-2009), soit un montant légèrement inférieur à celui retenu par l’autorité intimée. Le salaire sans invalidité de 57'806 fr. 18 peut donc être confirmé.

S’agissant du revenu d’invalidé, l’OAI s’est à juste titre fondé sur les salaires tels qu’ils ressortent de l’ESS, comme décrit ci-dessus. L’OAI a retenu un abattement de 10%, que le recourant ne critique au demeurant pas. Par ailleurs, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l’administration; il doit s’appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75, consid. 6 p. 81; 123 V 150, consid. 2 p. 152 et les références) (TF 9C\_377/2009 du 20 janvier 2010, consid. 4.2). En l’occurrence, il n’y a aucune raison de s’écarter du taux de réduction de 10% retenu par l’intimé, qui a tenu compte des limitations fonctionnelles que présente le recourant, de sorte qu’une déduction de 10% apparaît justifiée.

Ainsi, sous déduction d’un abattement de 10%, le revenu d’invalidé s’élève à 52'025 fr. 57.

Après comparaison du revenu d’invalidé (52'025 fr. 57) avec celui sans invalidité (57'806 fr. 18.), il résulte une perte de gain de 5'780

fr. 61 correspondant à un degré d'invalidité de 9,99% (5'780 fr. 61/ 57'806 fr. 18 x 100). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40% ouvrant droit à un quart de rente, c'est donc avec raison que dans sa décision du 26 juin 2008, l'OAI a refusé la demande de rente AI présentée par le recourant.

**6.** Reste à déterminer si le recourant a droit à des mesures de reclassement professionnel ou de réadaptation, auxquelles il paraît prétendre.

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le droit à une mesure de réadaptation suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111, consid. 2 p. 112 et les références). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2 p. 221 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TFA I 660/02 du 2 décembre 2002). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108, consid. 2b p. 110 et les références). Or ce seuil n'est pas atteint en l'espèce, la comparaison des revenus donnant une invalidité de 10 pour-cent.

**7.** Le recourant requiert production de rapports médicaux le concernant auprès du Centre médico-chirurgical du [...], où il est suivi actuellement. Il se déclare en outre prêt à se soumettre à tout contrôle ou expertise.

L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). En revanche, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c; 124 V 90, consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3, et les références).

En l'espèce, il ne se justifie pas de procéder à l'interpellation des médecins traitants du recourant auprès du Centre médico-chirurgical du [...], le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause. Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre une expertise. Il faut rappeler pour le surplus que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242, consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366, 116 V 246 consid. 1a p. 248 et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Or il ne figure au dossier aucun élément attestant d'une péjoration de l'état de santé du recourant avant la notification de la décision attaquée (in casu: du 26 juin 2008), de sorte qu'une éventuelle incapacité de travail en résultant ne peut être prise en considération dans le cadre du présent recours.

**8. a)** En conclusion, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

**b)** Les frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 26 juin 2008 est confirmée.
- III.** Un émolument de justice 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 :

- M. J. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :