

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2010

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Monod, assesseur et Dind, juge
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Y. _____, à Moudon, recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 LAI

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assuré), né en 1972, d'origine macédonienne, est marié et père de deux enfants, nés respectivement en 1998 et en 2000. Entré en Suisse en 1994, au bénéfice d'un permis C, il a travaillé comme chef d'équipe au service de l'entreprise Z._____ SA du 12 février 1995 au 31 décembre 2003. Le 27 juin 2003, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, subsidiairement d'une rente, indiquant comme atteinte à la santé "mal au dos et au pli de l'aîne à droite" depuis le mois de février 2002.

Dans un rapport médical du 14 juillet 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr B._____, rhumatologue FMH, retient le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, ainsi que celui d'obésité, lequel n'affecte pas la capacité de travail. Il relève que l'assuré présente le tableau complexe habituel d'une problématique rachidienne banale, se compliquant d'une probable atteinte dépressive réactionnelle. Il évoque une incapacité de travail totale dès le 26 février 2002, puis de 75% dès le 21 octobre suivant, dans l'activité habituelle.

Dans un rapport médical du 19 juillet 2003 adressé à l'OAI, le Dr H._____, médecin traitant, diagnostique des lombalgies chroniques et une discopathie L4-L5 avec petite hernie paramédiane gauche, existant depuis le mois de février 2002. Il relève des périodes d'incapacité de travail à des taux divers en 2002 et 2003. Il note que cette situation est "très complexe" et qu'elle reste pour lui "mystérieuse". Connaissant le patient depuis 1993 pour des affections banales, il constate un changement dès 2002, date à laquelle les choses se complexifient, puis évoque l'apparition de symptômes psychiques de la lignée dépressive dès le mois de juin 2003. Il estime que l'état de santé s'aggrave et préconise la mise en place de mesures professionnelles.

b) Etaient joints à ce rapport divers documents médicaux faisant état de la prise en charge de l'assuré sur le plan somatique. Ainsi, dans un rapport médical du 20 août 2002, le Dr P._____, cardiologue FMH, diagnostique notamment des lombo-sciatalgies chroniques prédominant à droite et suspecte en outre l'existence d'un état dépressif, compte tenu de la tristesse évoquée par l'assuré.

c) Le dossier de l'OAI contient quatre rapports médicaux LAA adressés par l'employeur prénommé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), faisant état de quatre accidents survenus entre 1993 et 2001. Outre un accident de football en 1993 ayant provoqué un choc sur l'épaule gauche, l'assuré a été victime en 1999 d'un accident professionnel ayant provoqué une douleur dans l'aîne droite. Ces douleurs ont récidivé à la suite des accidents professionnels de 2000 et 2001.

d) Le 11 novembre 2003, le dossier médical de l'assureur-maladie a été produit à la demande de l'OAI. Par décision du 17 mars 2003, l'assureur-maladie a mis un terme à ses prestations au 31 août 2003, motif pris que l'assuré présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans un emploi adapté. L'assuré ne s'est pas opposé à cette décision.

Dans un rapport médical du 8 décembre 2003 adressé au médecin traitant, le Dr B._____ signale que "les diagnostics restent les mêmes à savoir des lombalgies chroniques non spécifiques dans un contexte de troubles de la sphère émotionnelle et de l'humeur, autrement dit d'un probable état anxio-dépressif réactionnel". S'il n'a rien de nouveau à ajouter à ses observations précédentes, il propose cependant que l'assuré fasse l'objet d'une évaluation psychiatrique afin qu'un traitement efficace puisse être administré. Estimant que les idées paranoïaques annoncées par l'assuré sont suffisamment importantes pour justifier une investigation psychiatrique, le Dr B._____ suggère que celle-ci s'effectue dans le cadre de la consultation des troubles psychosomatiques à l'Hôpital I._____ à [...].

Dans un rapport du 23 février 2004, les Drs [...] et [...] de l'Hôpital I._____, retiennent essentiellement des lombalgies chroniques sur le plan somatique, tandis qu'ils font état d'un trouble panique sur le plan psychique. Ils mentionnent un trouble de l'élaboration de la maladie avec des tendances à la catastrophisation et une part de trouble somatoforme douloureux dans le contexte d'une situation de stress psychosocial prolongé. Diverses propositions thérapeutiques sont formulées, dont celle d'un suivi psychothérapeutique.

Le 2 novembre 2004, l'assuré informe l'OAI qu'il est désormais suivi sur le plan psychiatrique par le Dr F._____.

Dans un avis médical du 9 novembre 2004, la Dresse V._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) propose la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique afin de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible de l'assuré sur le plan somatique.

Dans un rapport du 28 janvier 2005 adressé à l'OAI, les Drs N._____ et F._____ retiennent les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques existant depuis le mois de février 2002, d'attaques de panique et de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle. Ils écrivent ce qui suit sous la rubrique "Constatations objectives" :

a) Au début du traitement (...) :

Patient de 32 ans, faisant son âge, présentant un léger excès pondéral. Tenue vestimentaire et hygiène sans particularité. Collaborant, pas de troubles de l'orientation. Thymie triste, troubles du sommeil avec réveils fréquents et difficultés d'endormissement, et cauchemars où il revoit souvent des personnes décédées qui lui étaient proches. Tristesse à prédominance matinale. Appétit conservé. Difficultés de mise en route matinale. Catastrophisme, troubles de la concentration et de la mémoire. Diminution de la libido et émoussement affectif important. Il ne supporte pas le bruit et la lumière trop intense. A noter la présence également d'attaques de panique environ une fois par semaine, accompagnées de dyspnée, de palpitations cardiaques, de sudation, et de sensation de mort imminente. Présence d'hallucinations auditives où le patient entend qu'on l'appelle dans la rue, et même dans son appartement,

ainsi qu'un délire de persécution (persuadé qu'on l'espionne lorsqu'il sort de chez lui, que les gens lui veulent du mal, que les gens se moquent de lui).

b) Lors du dernier examen :

La tristesse apparente (paroles, mimique et posture) était triste, mais il pouvait se déridier sans difficulté. Il exprime d'ailleurs une tristesse fluctuante au cours de la journée (à prédominance matinale) et ressent une irritabilité difficilement contrôlable. On note une légère amélioration des troubles du sommeil et un appétit augmenté depuis l'introduction du neuroleptique, mais il relate une nourriture sans goût et n'a pas de plaisir à manger. Persistance de troubles mnésiques et de concentration, ainsi qu'une difficulté à commencer les activités quotidiennes, principalement en matinée. Persistance d'une perte d'intérêt et de sentiment, ainsi que des idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation, ou d'auto-dépréciation. Il n'y a pas d'idées suicidaires lors de ce dernier examen mais on note une persistance de la symptomatologie psychotique."

Tout en notant un important repli social de l'assuré depuis quelques mois, les praticiens prénommés estiment que l'activité habituelle n'est plus exigible, aucune autre activité n'étant exigible au vu de l'invalidité occasionnée par la symptomatologie douloureuse et par la comorbidité associée. Ils sont toutefois d'avis que si le trouble psychiatrique est au deuxième plan d'ici quelques mois, une reconversion professionnelle dans une activité moins physique que celle exercée antérieurement serait envisageable.

e) Dans son rapport d'expertise du 25 février 2005, le Dr M._____, rhumatologue FMH, retient les diagnostics de lombalgies chroniques accompagnant des pseudo-sciatalgies du membre inférieur droit dans un contexte de syndrome douloureux chronique, de hernie discale L4-L5 para-médiane gauche et anomalie transitionnelle sous la forme d'une sacralisation de L5, ainsi que d'obésité. Dans son rapport, l'expert expose ce qui suit sous "Appréciation du cas" :

"M. Y._____ est un assuré de 32 ans, ouvrier chef d'équipe dans la construction, souffrant de lombalgies inférieures depuis le début 2002 compliquées d'une irradiation douloureuse intégrant la fesse et le membre inférieur droit. Les symptômes n'ont eu de cesse de s'intensifier tant en intensité qu'en fréquence jusqu'au jour de l'expertise malgré un long (sic) prise en charge conservateur (sic) alliant de la physiothérapie ambulatoire et en milieu stationnaire, des infiltrations (blocs facettaires et périurales) complété par la prise antalgique et d'anti-inflammatoires. Du point de vue

professionnel, M. Y. _____ a bénéficié d'un arrêt de travail pour cette raison à 100% dès le 26 février 2002, puis à 50% dès le 21 mars 2002, à nouveau à 100% dès le 10 avril 2002 puis une reprise à 25% dès le 3 mars 2003 et un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 14 mai 2003 sans qu'il n'ait repris d'activité professionnelle quelconque depuis cette date.

L'examen clinique est difficile d'interprétation, parasité par de nombreux signes comportementaux sous la forme d'une exagération de la réponse verbale, une projection non-anatomique de la douleur et des auto-limitations. On note un patient déconditionné physiquement, rigide, présentant des dysbalances musculaires ainsi que des rétractions intéressant principalement la chaîne musculaire postérieure des membres inférieurs et celle rattachée au bassin. On retrouve toutefois une altération de la mobilité tronculaire prédominant en flexion antérieure du troc, une inversion du rythme lombo-pelvien et des douleurs lombo-sacrées avec des zones insertionnelles intéressant la crête iliaque et la musculature fessière droite et des contractures musculaires concordantes de ces localisations. Il n'y a pas de signes irritatifs aux membres inférieurs avec une manœuvre de Lasègue négative ddc, il n'y a pas d'altération de la force, la sensibilité est normale à l'exclusion d'une hyposensibilité hémicorporelle droite sans respect radiculaire n'épargnant pas le visage. Les articulations périphériques sont calmes, sans arthrite ou synovite.

Les examens radiologiques révèlent une hernie discale latérale gauche de L4-L5, sans concordance clinique, ainsi qu'un canal étroit constitutionnel de cette même localisation, une sacralisation de L5 et une amyotrophie symétrique postérieure para-segmentaire bilatérale lombaire inférieure.

Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail de M. Y. _____ dans son ancienne activité professionnelle d'ouvrier dans la construction est de 50%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement. Dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, l'alternance de la position assise et debout, sa capacité de travail est entière.

Du point de vue thérapeutique, tous les traitements conservateurs (physiothérapie ambulatoire, rééducation rachidienne en milieu stationnaire, infiltrations rachidiennes) associé à la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires se sont révélées être un échec, M. Y. _____ signalant des symptômes qui n'ont eu cessent (sic) de s'aggraver tant en intensité qu'en fréquence jusqu'à ce jour sans que je n'aie moi-même de proposition thérapeutique particulière à formuler. M. Y. _____ devrait poursuivre sa médication antidépresseur, médicaments reconnus pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur dans les symptômes chroniques.

M. Y. _____ bénéficie actuellement d'un suivi psychiatrique, une comorbidité psychologique qui a vraisemblablement une influence négative sur sa capacité de travail, nous vous laissons le soin de présenter M. Y. _____ à un expert en psychiatrie afin de compléter notre expertise".

Dans un avis médical du 2 mai 2005, la Dresse V._____ du SMR indique que l'expert M._____ ne met pas en évidence de trouble psychique (tel que trouble dépressif ou psychotique). Le rapport psychiatrique du 28 janvier 2005 mentionne cependant un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (hallucinations auditives et un délire de persécution). L'incapacité de travail est totale depuis fin février 2002 (aucun médecin ne signale de problèmes psychiatriques de ce registre), mais il lui est impossible de se prononcer sur l'évolution à moyen terme de la pathologie psychiatrique. Compte tenu du fait que le psychiatre mélange l'atteinte somatique et psychique pour se prononcer sur l'incapacité de travail totale dans toute activité, la Dresse V._____ propose d'effectuer une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'assuré.

f) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 16 juin 2006, la Dresse Q._____, psychiatre FMH, retient les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00, présent depuis 2003, et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0, existant depuis 2002. Aucun diagnostic affectant la capacité de travail n'est retenu. Sous la rubrique "Appréciation du cas et pronostic", la Dresse Q._____ expose ce qui suit :

"M. Y._____, 36 ans, d'origine albanaise de Macédoine, est marié et père de deux fils âgés de six et huit ans. A l'âge de 17 ans, l'expertisé quitte son pays d'origine pour venir travailler en Suisse comme manœuvre auprès de l'entreprise Z._____ à [...]. Progressivement, il acquiert des compétences et obtient un poste de chef d'équipe en 2001. A relever que M. Y._____ ne souhaitait pas avoir de responsabilités au sein de l'entreprise et garder son statut d'ouvrier, ce qui n'aurait pas été accepté par son patron.

Début 2002, M. Y._____ se plaint de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit, abondamment investiguées mais sans que l'on n'en trouve l'origine. Ces douleurs entraînent des arrêts de travail répétés; une tentative de reprise d'activité à temps partiel échoue rapidement et depuis, M. Y._____ n'a pas repris son emploi.

Sur le plan psychopathologique, M. Y._____ est suivi depuis 2003 par la Policlinique Psychiatrique de [...]. A cette époque est diagnostiqué un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques réagissant favorablement à l'introduction d'un

antidépresseur et d'un neuroleptique. Progressivement, la situation évolue favorablement, la thymie s'améliore et la symptomatologie psychotique diminue de manière conséquente. Persistent une interprétativité, des angoisses de morcellement et de mort et des éléments paranoïdes ponctuels, compatibles avec une personnalité de structure psychotique en partie décompensée. Cependant, la compliance au neuroleptique est mauvaise, selon le dosage sérique effectué.

Sur le plan de la thymie, l'examen clinique met en évidence un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Toutefois, l'expertisé est non-compliant à la médication anti-dépressive, le Citalopram n'étant pas détecté lors de la prise de sang.

Quant aux algies, d'importantes discordances apparaissent tant dans le discours que dans l'attitude de l'expertisé. Les importants handicaps allégués par M. Y. _____ ne sont pas objectivables.

La sociabilité est en partie maintenue avec également plusieurs contradictions dans le discours. Dans un premier temps, M. Y. _____ dit ne pas sortir de son domicile, puis dans un deuxième temps, il indique rendre visite à des amis, aller dans des cafés et dans des magasins avec ses enfants et son épouse.

Lors de l'expertise, Monsieur est démonstratif, se lève à plusieurs reprises et se plaint d'importantes douleurs; après plus de 2 heures d'entretien, il descend l'escalier en boitant et en se plaignant. A la sortie du cabinet, l'expertisé se déplace normalement jusqu'à sa voiture, s'y assied sans difficulté et m'accompagne au laboratoire, ne manifestant plus aucune douleur.

On peut émettre l'hypothèse que les algies alléguées par M. Y. _____ lui permettent d'éviter un rôle professionnel non souhaité (chef d'équipe de chantiers) et de mobiliser son entourage avec ainsi l'obtention de bénéfices secondaires.

Au vu de ce qui précède, je retiens le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques.

Aucun des diagnostics cités ci-dessus n'a valeur de maladie chronique, raison pour laquelle je retiens une capacité de travail entière sur le plan psychique".

En ce qui concerne les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés, la Dresse Q. _____ considère que l'épisode dépressif léger, la personnalité de structure psychotique et la majoration des douleurs pour des raisons psychologiques n'influencent pas l'activité exercée jusqu'ici. Sur le plan psychique, la capacité de travail est entière dans cette activité, sans diminution de rendement. L'expert estime qu'il n'y a pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle, la capacité de travail étant entière sur le

plan psychique. Cela étant, d'autres activités sont exigibles de la part de l'assuré sans que l'on ait à tenir compte de critère particulier sur le plan psychique.

Dans un rapport SMR du 20 juillet 2006, la Dresse V. _____ relève notamment ce qui suit :

"Sur le plan somatique, l'atteinte objective est rassurante et permet une activité de chef de chantier à 50%, alors que toute activité adaptée est exigible à 100% depuis la sortie de l'Hôpital d' [...], soit le 05.12.02.

Au vu des discordances entre les éléments médicaux objectifs et les déclarations de l'assuré, une expertise a été demandée. Celle-ci ne met pas en évidence de trouble psychique invalidant, tout au plus un trouble dépressif léger et un fonctionnement du registre psychotique (pas de trouble de la personnalité constitué et décompensé). L'expert psychiatre ne retient pas de syndrome somatoforme douloureux en l'absence de véritable détresse, mais une majoration des symptômes. En effet, les bénéfices retirés par l'assuré sortent du champ médical et du champ de l'assurance. A noter des contradictions sur le plan des relations entretenues par l'assuré et une compliance fortement diminuée sur le plan médicamenteux.

Au vu de ce qui précède et uniquement sur le plan médical, des mesures professionnelles devraient être mises en place. Toutefois, au vu du syndrome de majoration, celles-ci semblent vouées à l'échec. Nous laissons donc le soin à l'administration de juger de la suite à donner à ce dossier et restons à disposition si besoin".

Dans un rapport médical du 27 avril 2007, le Dr S. _____, psychiatre traitant, retient les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F33.2) existant depuis le mois de février 2002, d'attaques de panique (F41.0), de retard mental léger à moyen (F70) et de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle.

Le rapport contient notamment les passages suivants :

"(...)

4. Plaintes subjectives

M. Y. _____ se plaint d'un état de tristesse et de fatigue, des troubles de la concentration et de la mémoire, une irritabilité, un sommeil agité avec réveils nocturnes. En outre, il décrit des

attaques de panique sous forme d'une anxiété associée à des céphalées, des crampes d'estomac, une hyperventilation et des tremblements aux extrémités. Enfin il se plaint d'une symptomatologie douloureuse dorsolombaire avec irradiation sciatique et faiblesse de la jambe droite.

5. Constatations objectives

C'est un patient de 35 ans faisant son âge, de tenue hygiéno-vestimentaire sans particularité, qui présente une surcharge pondérale. Légère agitation psychomotrice. La thymie est triste. Le discours est légèrement accéléré. Sentiments d'inutilité, de culpabilité et de ruine. Idées délirantes à thèmes persécutoires (persuadé qu'on l'espionne lorsqu'il sort de chez lui, que les gens lui veulent du mal et se moquent de lui) associées à une notion d'hallucinations auditives, acoasmes ou hallucinations acoustico-verbales sous forme de voix inconnues l'interpellant dans la rue. Absence d'une suicidalité actuelle ou latente.

(...)

Le pronostic est actuellement réservé devant une symptomatologie anxieuse et dépressive sévère ayant tendance à se chronifier, aggravée par un déficit intellectuel".

S'agissant de l'évaluation de la réinsertion professionnelle, le Dr S._____ estime que l'activité habituelle n'est plus exigible. Il ajoute que "à ce jour aucune autre activité n'est exigible au vu de l'invalidité occasionnée par la symptomatologie douloureuse et par la comorbidité psychiatrique associée. Si une amélioration symptomatique est possible en théorie sur le plan de l'humeur et des attaques de panique, le pronostic reste réservé compte tenu du retard mental". Il précise que "l'état de santé est (...) stationnaire. Cependant, nous signalons des investigations complémentaires auxquelles a été soumis le patient sous forme de tests psychologiques effectués chez Mme G._____, psychologue, les 20 et 28 février 2007, qui ont conclu à l'existence d'un tableau déficitaire chez un homme qui lutte par le déni contre une angoisse psychotique liée à un vécu persécutoire. Parallèlement l'efficacité intellectuelle sur le plan des performances est déficitaire, du (sic) niveau du retard mental, et est péjorée par la lenteur et l'irritabilité de M. Y._____ (...). Le déficit intellectuel constaté est de nature à empêcher l'exercice de toute activité professionnelle. (...) Le pronostic pour que M. Y._____ ait une activité rentable est très défavorable. Notre objectif est qu'il puisse s'intégrer dans une activité occupationnelle à visée thérapeutique, permettant à moyen terme d'occuper une activité dans un atelier protégé".

D'un compte-rendu d'entretien daté du 20 juin 2007 entre l'assuré et une collaboratrice de l'OAI, il ressort ce qui suit :

"M. Y. _____ se plaint de douleurs continues dans le bas du dos et le bras gauche, quelques fois (sic) dans les jambes. Il a des tremblements au bras gauche qui font qu'il ne mange pas toujours proprement et ses enfants (deux enfants de 9 et 6 ans) lui en font la remarque. Il a régulièrement des maux de tête avec des vertiges, une grande fatigue due aux médicaments (Zyprexa et Xytopran (?)) et au fait qu'il ne peut dormir la nuit. Ça lui arrive de se lever et de vouloir sortir, mais il a peur tout seul. Il dit ne pas pouvoir dormir tout seul, car il voit des «ombres dans la nuit qui lui font peur». Il prend quelquefois des médicaments pour le sommeil. Avant il entendait des voix ou sentait des présences. Le médecin lui a donné un médic. (Zyprexa) et maintenant ça va beaucoup mieux, il n'entend plus rien. Par contre, il se sent surveillé, disant que des personnes de l'AI le surveillent partout. Cette fatigue et ces vertiges l'empêchent de conduire. C'est sa femme qui l'a amené aujourd'hui. Tout le dégoûte, même son visage dans le miroir. Il a souvent des accès de colère où il peut casser ce qu'il y a autour de lui. Sa femme ne travaille pas et la situation du couple devient très tendue.

Mme Y. _____ est présente à cet entretien mais ne s'exprime pas beaucoup, car elle comprend plus ou moins bien le français mais ne le parle pas du tout.

M. Y. _____ dit également avoir de gros problèmes de mémoire. Il ne sait plus ce qu'il a dit ou fait, se trompe même de pièce à la maison. Sa femme l'envoie quelquefois faire des courses à la Migros, mais ne se souvient pas de tout ce qu'il doit acheter.

Il a beaucoup de peine à démarrer le matin, a beaucoup de douleurs. Il ne fait rien de ses journées si ce n'est marcher un peu dehors. Il souffre du regard et des remarques des autres, ne supporte pas les gens et peut se mettre très vite en colère. Ce qui est confirmé par son épouse.

M. Y. _____ suit deux fois/sem. des séances de physio et voit son psy., le Dr S. _____, 1 fois/mois.

Nous lui expliquons que suite au rapport du Dr S. _____, nous allons consulter nos médecins. Nous lui proposons de reprendre une petite activité (atelier protégé) et M. Y. _____ ne se montre pas opposé à un travail de ce type.

Durant l'entretien, M. Y. _____ a beaucoup manifesté son inconfort par des soupirs, des grimaces et s'est levé une fois pour se rasseoir très rapidement. Il est ralenti dans tous ses mouvements. Il dit qu'il veut bien essayer un emploi de type atelier protégé, mais qu'il faut qu'il se «soigne la tête».

(...)"

Dans un avis médical SMR du 3 juillet 2007, le Dr C. _____ s'exprime comme suit :

"Le rapport du Dr S. _____ du 27.04.2007 ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau depuis l'expertise du Dr Q. _____ (juin 2006).

Les symptômes psychotiques étaient déjà rapportés par l'expert et attribués à un fonctionnement psychotique de la personnalité, sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr S. _____ intègre ces symptômes dans le diagnostic d'«épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques». Or les critères diagnostiques de l'épisode dépressif sévère ne sont pas réunis. Ce diagnostic ne peut donc pas être retenu.

Le retard mental n'est pas un élément nouveau et n'a pas empêché l'assuré de travailler jusqu'à l'âge de trente ans dans une activité non qualifiée. Il n'y a donc aucune raison médicale pour qu'il ait perdu cette aptitude.

En l'absence d'élément médical objectif nouveau ou d'aggravation objective, les conclusions du rapport SMR du 20.07.2006 restent valables".

g) Afin d'examiner les aptitudes de l'assuré à la réadaptation professionnelle et ses possibilités de réinsertion, le Centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) d'Yverdon-les-Bains a été mandaté en vue d'organiser un stage d'observation professionnelle prévu du 11 février au 7 mars 2008.

Les responsables du stage relèvent ce qui suit dans le rapport final du 4 avril 2008, sous la rubrique "discussion" :

"Conformément à votre demande, nous avons accueilli M. Y. _____ pour un stage d'observation professionnelle (art. 69 RAI) du 11.02.2008 au 07.03.2008.

Malgré une scolarité normale, l'assuré n'a pas maintenu ou développé ses connaissances scolaires. L'addition et la soustraction sont partiellement maîtrisées, les autres notions étant inconnues. Nous notons que M. Y. _____ est capable de lire une consigne simple en français. Peu disponible pour de nouveaux apprentissages et se décrivant comme étant dépressif, il n'est pas dans un état d'esprit de formation. Il a rempli certaines responsabilités dans son travail en tant qu'aide de chef d'équipe puis de chef d'équipe. Cependant, cette dernière responsabilité était une source importante de stress. Une mise au courant par la pratique semble correspondre à la situation actuelle de M. Y. _____.

D'un point de vue pratique, il lui faut des données démonstratives pour qu'il puisse être indépendant. Il se montre capable de faire l'apprentissage d'activité manuelle fine comme de la soudure à l'étain, améliorant la qualité de ses prestations dans la durée. Il est arrivé à réaliser des activités demandant une vision spatiale comme

du dessin en 3 dimensions en commettant quelques fautes sur les modèles complexes. Au niveau informatique, il a travaillé sur le programme Excel, en n'utilisant que les fonctions simples, mais de manière indépendante, sans faire de fausses manipulations.

Dans les ateliers et face aux machines-outils, nous sommes en face d'une personne qui, bien que n'ayant pas de limitation dans l'usage de ses membres supérieurs, n'exécute aucun geste en force. Lorsqu'un peu de force doit être produit, l'assuré le demande à la maîtrise ou use de ses deux mains, car l'usage de la force lui procure des douleurs. Bien que démontrant une bonne dextérité et une certaine habileté de ses mains, la qualité de ses prestations est variable, bonne à faible. Il peine à rester attentif à celle-ci, étant préoccupé de ménager sa gestuelle, car des élancements peuvent survenir lorsqu'il s'active. Il travaille principalement en position assise le dos raide. Il peine à rester assidu, à s'activer plus d'une demi-heure. Il se lève fréquemment pour faire un tour pour se détendre. Là, il marche lentement les mains posées sur le bas du dos. Il fait aussi des pauses, où il va s'allonger par terre dans la cafétéria durant une heure. De manière générale, il n'est pas très actif lorsqu'il travaille. Il est souvent immobile à sa place, les traits tirés, se massant la nuque. Il peut être perturbé par de petites choses comme la couleur des pièces et de l'établi. Il s'est plaint lors d'un travail de montage de la couleur blanche des pièces et de la table. Il nous dit que cela lui fait tourner la tête. Il recouvre les pièces et le plan de travail d'un carton brun pour pouvoir continuer. Lors d'un travail de contrôle de dominos, objets fabriqués au COPAI, il s'est plaint qu'à force de les regarder, les points des dominos lui donnent mal à la tête. Les rendements qu'il a produits sont de l'ordre de 40% au début de stage et de 10% en fin. Lors de nos discussions, il s'exprime avec une toute petite voix et semble constamment essoufflé. Il nous parle en continu de ses douleurs et de la difficulté qu'il a pour faire les activités proposées, car il est sensible à de nombreuses choses comme les couleurs et la lumière. Il nous déclare que ces perturbations le font devenir dépressif. Nous avons dû éviter de le mettre au contact d'un assuré, car il nous énonce ne pas supporter le regard de l'autre.

Il est régulièrement arrivé en retard au COPAI, (...) disant être tellement raide, qu'il a eu besoin qu'on le masse pour qu'il se lève. Au vu de ses difficultés, nous lui avons suggéré de dormir à l'hôtel. Mais après une nuit, l'assuré y a renoncé, car il nous a révélé que le fait de dormir seul lui procure des angoisses.

Test Valpar 8: après n'avoir rencontré aucune difficulté de compréhension des consignes, l'assuré commence par agir assis le dos droit et rigide. De manière naturelle, il optimise la manipulation des pièces en les préparant de façon optimum et il agit avec une bonne dextérité. Mais malgré cela, sa vitesse est lente. Il fait très souvent des pauses tout le long du test. Durant celles-ci, il se masse la nuque et essaie de faire quelques mouvements d'assouplissements. En fin d'exercice, il se tient la tête entre ses mains durant quelques secondes. Son rendement a été de l'ordre de 45%.

6. CONCLUSION

En conclusion, notre équipe d'observation est d'avis qu'en théorie et d'un point de vue médical, M. Y._____ peut travailler à 100% du temps et obtenir des rendements dans la norme, dans des activités ménageant ses limitations et où une alternance de positions est possible. Il peut exercer divers travaux moyennement fins. Mais en pratique, l'assuré n'est pas présentable à un employeur. Il n'est pas dans un processus de travail et tend à le démontrer. Il a besoin d'un fort travail sur lui-même pour y parvenir.

Réponses aux questions posées par l'Assurance Invalidité :

1. L'assuré peut-il assumer les exigences d'un travail adapté dans l'économie ?
Médicalement, il devrait pouvoir assumer un travail à plein temps et obtenir des rendements dans la norme. Mais en pratique, il n'y parvient pas.
2. Quel est son rendement actuel et dans quelles conditions de travail ?

Les rendements qu'il a produits dans nos ateliers sont très faibles, de l'ordre de 10% à 40%. Au vu de son comportement, il n'est pas présentable à un employeur. Il n'est d'ailleurs pas dans un projet de travail qui le démontre.

7. OPINION DE L'ASSURE

Lors de l'entretien que nous avons eu avec l'assuré le dernier jour de son stage, il nous dit qu'il a donné tout ce qu'il a pu. Il nous dit que parfois ses mains fonctionnent, mais pas la tête, ou l'inverse, ses mains ne suivent pas sa tête. Cet état le met en colère contre lui-même. Il a toujours des douleurs et ne le supporte plus. Le fait de beaucoup souffrir le fait devenir dépressif. Il se sent aussi diminué vis-à-vis de sa famille".

De son côté, le médecin-conseil du COPAI, le Dr D._____, note pour l'essentiel ce qui suit :

"A l'atelier, Monsieur Y._____ se plaint beaucoup, passe beaucoup de temps et emploie beaucoup d'énergie à démontrer à quel point il souffre. Il se plaint de ses douleurs, mais aussi de vertiges, de souffle coupé, de fatigue, de malaise général. Il s'aménage de nombreuses pauses qui hachent le rythme et le rendement, va se coucher à même le sol une heure par jour. Il fait preuve d'une grande indiscipline, arrive régulièrement en retard. Il s'intéresse guère au travail qu'on lui présente. Il travaille le plus souvent assis, avec une gestuelle lente, sans limitation. Le travail qu'il fournit est de bonne qualité, mais quantitativement très insuffisant. Ses rendements sont misérables et nous ne voyons pas un employeur s'attacher les services d'un aussi mauvais employé.

Il est vrai que, sur le plan médico-théorique, la capacité de travail de cet homme est entière dans un travail simple, possible en position

assise, permettant des changements de position. Nous rejoignons les limitations décrites par nos confrères et le SMR, mais ne sommes pas persuadés que cet homme ne pourrait pas fournir encore des efforts relativement importants, à voir son excellente musculature. Du travail d'emballage, de conditionnement, de démontage, de petits appareils à l'établi, de nettoyage de petites pièces et toute autre sorte de travaux simples de ce genre peut être envisagé. Encore faudrait-il que l'assuré y mette du sien, mais ce comportement n'est pas du ressort de l'AI".

h) Par projet de décision du 11 avril 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré.

A l'appui de son opposition, l'assuré a notamment joint un avis médical de la Dresse J. _____ du 8 mai 2008, laquelle indique qu'à son avis le problème principal de l'assuré est avant tout d'ordre psychiatrique. Elle estime en outre qu'un recours devrait être interjeté en raison des divergences constatées entre l'évaluation du Dr S. _____ et celle de la Dresse Q. _____, mandatée par l'OAI. Pour sa part, le Dr R. _____, médecin assistant au département de psychiatrie de l'Hôpital Z. _____, auprès duquel l'assuré effectue son suivi psychiatrique, indique dans un avis médical du 8 mai 2008 que l'assuré "n'est pas en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%, en raison d'une maladie psychiatrique chronique grave et invalidante (un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, résistant au traitement; de plus le patient souffre d'un trouble douloureux chronique associé à un délabrement psycho-social chronique". A ses yeux, la capacité de travail est nulle.

Dans un avis médical SMR du 26 juin 2008, le Dr C. _____ s'est exprimé comme suit :

"L'essentiel des arguments à l'appui de l'opposition (...) consiste en un désaccord entre la Dresse Q. _____, expert psychiatre, et les médecins traitants de l'assuré. Ce désaccord porte aussi bien sur les diagnostics retenus, que sur leur répercussion sur la capacité de travail.

Dans un souci de simplification, je pense qu'il n'est pas utile de commenter les diagnostics psychiatriques évoqués par des somaticiens. Outre que la psychiatrie n'est pas du domaine de leur compétence, ces diagnostics sont le plus souvent des «suspensions»,

ou des «probabilités» qui doivent être confirmées par des spécialistes.

Ainsi, le Dr B._____, dans son rapport du 14.7.2003, parle d'une «probable atteinte dépressive réactionnelle», avant de suggérer qu'un «psychiatre compétent évalue cette dépression». Ainsi le Dr P._____, retenant une «suspicion d'état dépressif» (20.8.2002). Ainsi le Dr M._____, dans son expertise du 25.2.2005, évoque une «comorbidité psychiatrique qui a vraisemblablement une influence négative sur sa capacité de travail», et souligne que l'examen clinique est parasité par une «exagération de la réponse verbale».

Voyons maintenant les rapports émanant des psychiatres.

Dans son rapport du 28.1.2005, le Dr [...] (recte : F._____), médecin assistant à [...], retient un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et des attaques de panique (une fois par semaine). Il relève toutefois une amélioration de la thymie sous traitement entre juillet 2004 et janvier 2005 et proposait de revoir la situation à l'échéance de 6-12 mois pour évaluer les possibilités de reclassement professionnel.

L'expertise de la Dresse Q._____ a eu lieu le 2.6.2006 en présence d'un traducteur neutre, soit un an et demi après le rapport susmentionné, en toute connaissance des documents médicaux, et en particulier du rapport du Dr [...] (recte : F._____) dont elle cite de larges extraits. En p. 15, elle précise que l'évolution psychique est marquée par une amélioration de la thymie et une diminution de la symptomatologie psychotique sous traitement. Les angoisses sont essentiellement nocturnes; les voix ne se font entendre que tous les 3 jours et ne le dérangent plus. Le status clinique est remarquablement complet (2 pages A4 contre 8 lignes pour le Dr [...] [recte : F._____]). Au terme de son travail, l'expert retient un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle inclut l'interprétativité, les angoisses de morcellement et de mort et les éléments paranoïdes ponctuels dans une personnalité de structure psychotique en partie compensée. Elle ajoute que la compliance au neuroleptique est mauvaise, selon le dosage plasmatique effectué. Elle conclut qu'aucun des diagnostics retenus n'a valeur de maladie chronique et que la capacité de travail pour des raisons psychiatriques est entière.

Le rapport du Dr S._____, médecin assistant en psychiatrie, daté du 27.4.2007, mentionne un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, des attaques de panique et un retard mental léger à moyen. A cet égard, il convient de relever que les critères-symptômes de l'état dépressif sévère selon la CIM-10 ne sont pas réunis dans les constatations objectives. D'autre part, l'évaluation du QI est sérieusement grevée par les difficultés linguistiques rencontrées. A cet égard, il convient de souligner que ce «retard mental» n'a pas empêché l'assuré de travailler jusqu'à l'âge de 30 ans.

A l'issue de son stage au COPAI, l'assuré a été vu par le Dr D._____ le 7.3.2008. Ce confrère ne constate «aucun symptôme des séries anxieuses ou dépressives; le discours est cohérent, l'orientation normale, les réponses à nos questions sont brèves mais

adéquates». Il retrouve «tous les signes de l'amplification des symptômes»; en dehors des temps actifs de l'examen, il n'y a aucun stigmate douloureux sur son visage». Observant l'assuré dans la cour au retour du repas de midi, le Dr D. _____ note : «nous voyons l'assuré traverser la cour (...) en marchant de façon tout à fait libre, la position du corps normale, la capacité de se tourner vers son voisin de droite pendant la marche, ce qui démontre que les limitations qu'il donne à voir pendant l'examen sont faussées». Il conclut, lui aussi, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le rapport du Dr R. _____, médecin assistant du Département de psychiatrie affirme que les critères d'une dépression sévère avec symptômes psychotiques sont remplis, sans toutefois les énumérer. L'allégation que l'assuré ne peut pas observer son traitement médicamenteux en raison de son retard mental ne résiste pas à l'analyse. Prendre régulièrement 1 comprimé par jour n'est pas plus difficile intellectuellement que de diriger une équipe sur un chantier.

La faiblesse des rapports médicaux des Drs [...] (recte : F. _____), S. _____ et R. _____ ressort clairement. Elle est compréhensible lorsqu'on sait qu'il s'agit de médecins en cours de formation. Au demeurant, l'avis de l'expert doit prévaloir sur celui des médecins traitants, naturellement enclins à plus d'empathie en raison même de la relation thérapeutique.

Il n'y a par conséquent pas de raison médicale de modifier notre position".

Ces considérations figurent dans la lettre d'accompagnement de la décision adressée le 4 juillet 2008 à l'assuré.

Par décision du 4 juillet 2008, l'OAI a refusé le versement d'une rente d'invalidité en faveur de l'assuré. Il a retenu que la capacité de travail de ce dernier était restreinte depuis le 27 février 2002 (début du délai d'attente d'un an), puis de 50% dans son activité habituelle de chef d'équipe dès le 5 décembre 2002 et de 100% dans une activité adaptée à son état de santé dès la même date. Il a sur cette base procédé à une comparaison des revenus entre le gain sans invalidité de 69'745 fr. qu'il aurait réalisé en 2003 dans son activité habituelle de manœuvre-chef d'équipe et un gain d'invalidité de 52'025 fr. issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, lequel a fait l'objet d'un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré; il s'ensuivait une perte de gain de 17'720 fr., d'où un degré d'invalidité de 25,41%, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité puisqu'il était inférieur au seuil minimum légal de 40%.

B. C'est contre cette décision qu'Y._____, agissant par l'intermédiaire de l'avocate Joëlle Vuadens, a recouru par acte du 2 septembre 2008. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à son annulation, une rente entière d'invalidité lui étant octroyée. Subsidiairement, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire tendant notamment à déterminer son incapacité de travail eu égard à ses troubles psychiatriques, une nouvelle décision sur le droit à la rente devant alors être rendue à la suite de ce complément d'instruction. Il fait pour l'essentiel valoir que l'avis de la Dresse Q._____, qui conclut à une pleine capacité de travail sur le plan psychique, est en contradiction avec l'ensemble des avis des médecins questionnés à ce propos. Au reste, le recourant souligne que le Dr R._____ résume à lui seul la position de ses confrères, à l'exception de la Dresse Q._____, en indiquant dans son rapport du 8 mai 2008 qu'il "n'est pas en mesure d'exercer une activité adaptée à 100% en raison d'une maladie psychiatrique chronique grave et invalidante". C'est dès lors, selon le recourant, à tort que l'OAI estime qu'il est en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée et d'obtenir des rendements dans la norme. Le recourant relève encore que le déficit d'effort qui lui est imputé n'est pas volontaire mais est dû à sa maladie psychique.

Dans sa réponse du 3 novembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

C. Le 6 janvier 2009, le juge instructeur a chargé le Dr K._____, psychiatre FMH, de procéder à l'expertise du recourant.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 2 avril 2009, le Dr K._____ retient les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble panique sans agoraphobie (F41.0), de trouble dépressif récurrent (état actuel sévère, avec caractéristiques psychotiques) (F33.3). Dans son rapport, l'expert résume les pièces médicales versées au dossier, procède à une anamnèse circonstanciée et

décrit les plaintes du recourant. Il se livre en outre à une appréciation diagnostique (p. 13-19), puis asséculoologique du cas (p. 19-22), avant de conclure comme suit :

"En conclusion, l'assuré est un ressortissant macédonien de 37 ans, marié et père de deux enfants. Il relate des antécédents qui ne sont pas particulièrement traumatiques. On retient essentiellement le décès subit du père, il y a une vingtaine d'années. Pour le reste, l'assuré rapporte un parcours de vie sans problème, malgré des arguments pour une intelligence peut-être aux limites inférieures de la norme.

C'est en 2002, que cet expertisé a présenté des troubles dans sa santé, qu'on pourrait situer dans le contexte d'une surcharge de travail, sans qu'on en sache plus. Selon les informations à disposition, des accidents bagatelles ont pu être le point de fixation de départ du processus d'invalidation.

L'évolution a été défavorable avec un tableau de douleurs somatoformes bientôt accompagnées d'éléments dépressifs dépassant ce qu'on observe habituellement, au vu de caractéristiques psychotiques associées.

Avec le recul d'un dossier de sept ans et une évaluation circonstanciée, le soussigné admet une incapacité de travail de 50% depuis le 01.04.2007, en prenant comme référence la date du dernier rapport des médecins psychiatres traitants du 27.04.2007, considérant que les troubles psychiatriques de l'assuré ont alors pris les caractéristiques de gravité et de chronicité qui leur confèrent valeur incapacitante.

Cette incapacité de travail est restée constante depuis lors. Elle est vraisemblablement fixée pour une longue durée. Le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail avant le 01.04.2007.

En l'état, il n'y a guère de mesures thérapeutiques à proposer pour une situation qui paraît particulièrement figée. Des mesures professionnelles n'ont aucun sens chez un sujet qui n'a d'ailleurs aucune demande dans ce domaine".

Etait joint à l'expertise le rapport d'examen psychologique du 4 mars 2009 effectué par la psychologue FSP L._____, qui conclut en ces termes :

"Les tests permettent de poser l'hypothèse d'une personnalité au noyau psychotique probable, et caractérisé par un déficit de construction de l'espace symbolique, chez un homme fruste à l'intelligence déficiente. C'est ce que Bergeret appellerait un caractère psychotique, ou Marty/Fain, une pensée opératoire.

Dans l'entretien clinique, M. Y._____ décrit des états de dépersonnalisation et des états hallucinatoires, ainsi que des

troubles de la perception touchant même ses proches, améliorés avec la médication, ainsi que d'autres symptômes dépressifs (insomnie, angoisse, panique, agressivité) toujours très dramatisés. Même s'il est un peu plus présent lorsqu'il parle de ses douleurs, il reste très inatteignable, et la dramatisation de son état est comme un écran qui empêche de voir vraiment qui il est, ou qui l'empêche de manifester qui il est. Il est un homme douloureusement enfermé sur lui-même, assurément, et nullement tourné vers l'extérieur, ni vers son univers relationnel, ni vers le monde extérieur, le monde du travail".

Par écriture du 7 mai 2009, l'OAI a fait savoir qu'il admettait partiellement le recours en ce sens qu'il reconnaissait à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2007 (soit trois mois après l'aggravation survenue selon le Dr K. _____ au mois d'avril 2007).

Dans ses déterminations du 2 juin 2009, le recourant relève en premier lieu qu'il n'adhère pas à la proposition faite par l'OAI le 7 mai précédent, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Pour l'essentiel, il critique l'expertise du Dr K. _____, selon lui empreinte de contradictions. Ainsi, "alors que les tests de QI réalisés le 6 mars 2007 à la consultation de W. _____ [Dr S. _____, réd.] établissaient un QI de 46 et que le test de Mme L. _____ arrive à la conclusion d'un QI de 54, le Dr K. _____ a toutefois estimé que l'on ne pouvait parler d'un retard mental, même léger (cf. page 18 du rapport du Dr K. _____ du 2 avril 2009). Or, le Dr K. _____ relève lui-même, en page 18 de son rapport, qu'un QI entre 35 et 49 correspond à un retard mental moyen et qu'un QI entre 50 et 69 indique en principe la présence d'un retard mental léger. Dès lors, en se fondant sur les tests effectués en 2007 et 2009, le Dr K. _____ devait arriver à la conclusion que M. Y. _____ souffrait à tout le moins d'un retard mental léger, voire moyen". En ce qui concerne la gravité de ses troubles psychiques, le recourant observe que le Dr K. _____ lui-même admet leur gravité. Cependant, malgré les tests et les constatations effectués par la psychologue L. _____ à la demande du Dr K. _____ et les rapports médicaux des psychiatres de la consultation de W. _____, le Dr K. _____ retient seulement une incapacité de travail de 50% et n'explique pas les raisons qui font diverger son avis de ceux de la psychologue L. _____ et des médecins psychiatres de la consultation de

W._____. Ainsi, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une contre-expertise au vu, selon lui, de l'existence de ces contradictions et du manque de motivation concernant le choix du taux d'incapacité de travail de 50%.

Dans ses observations complémentaires du 2 juillet 2009 produites en réponse aux critiques du recourant, le Dr K._____ indique que pour déterminer le taux d'incapacité de travail médico-théorique de 50%, il a exclu ce qui sortait du champ médical, soit des éléments qui constituaient des facteurs étrangers à l'assurance-invalidité (personnalité fruste, niveau de scolarisation bas et difficultés d'acculturation en Suisse). Pour ce qui est du quotient intellectuel, il relève que l'on voit mal comment un sujet présentant effectivement un retard mental se verrait confier une activité de chef d'équipe dans le bâtiment. Par ailleurs, les constatations métapsychologiques relevant des tests projectifs auxquels le recourant fait référence visent à mettre en évidence une structure de personnalité et non un trouble de personnalité. Ainsi, nombre de structures à noyau psychotique fonctionnent parfaitement dans la vie de tous les jours et cela, même dans des fonctions élevées. Il souligne enfin qu'il y a moins de contradiction entre l'expert et le médecin traitant que d'appréciations différentes relevant de mandats différents.

Se déterminant le 24 août 2009 sur ce qui précède, le recourant persiste à voir une contradiction entre l'appréciation du Dr K._____ qui retient une capacité de travail de 50% nonobstant le résultat des tests effectués et les rapports des Drs N._____, Q._____, S._____ et R._____ qui retiennent tous une incapacité de travail de l'ordre de 100%, à la suite des tests effectués entre 2003 et 2008. Au surplus, le rapport de la psychologue L._____ du 4 mars 2009 comporte de nombreuses similitudes avec les différents rapports établis par ces médecins. Le recourant reproche au Dr K._____ de ne pas s'être posé la question de savoir si son faible quotient intellectuel et sa structure de personnalité psychotique n'étaient pas à l'origine de ses difficultés d'intégration en Suisse. Il requiert dès lors la mise en œuvre d'une contre-expertise.

Dans son écriture du 16 septembre 2009, l'OAI confirme admettre que le recourant présente une capacité de travail de 50% à partir du mois d'avril 2007. Après avoir pris l'avis de son service de réadaptation, l'OAI indique que des mesures professionnelles doivent être examinées en vue de réduire le préjudice économique subi et de faciliter une intégration économique. Il propose dès lors d'annuler la décision querellée du 4 juillet 2008 et de lui retourner le dossier pour examen des mesures professionnelles, puis nouvelle décision. Etaient jointes une fiche datée du 14 septembre 2009, intitulée "Détail du calcul du salaire exigible".

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est

compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente (cf. Exposé des motifs du projet de LPA-VD, pp. 46-47).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé entraînant une incapacité de gain totale ou partielle, permanente ou de longue durée, ouvrant droit à une rente d'invalidité.

3. Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^{ère} phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne

volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; Pratique VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par

exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 pp. 71-72; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

6. En l'espèce, les avis des médecins somaticiens versés au dossier concordent s'agissant d'écarter une origine exclusivement organique aux symptômes physiques dont se plaint le recourant (en particulier les lombalgies chroniques). Les rapports médicaux du 20 août 2002 du Dr P._____, cardiologue FMH, des 14 juillet et 8 décembre 2003 du Dr B._____, rhumatologue FMH, du 19 juillet 2003 du Dr H._____, médecin traitant et du 25 février 2005 de l'expert M._____, rhumatologue FMH, permettent ainsi de conclure à l'origine psychogène des symptômes physiques en question. Tel est également l'avis des médecins de l'Hôpital I._____ à [...], dans leur rapport du 23 février 2004 (p. 2), qui retiennent des lombalgies chroniques sur le plan somatique, ainsi qu'un trouble panique sur le plan psychique, un trouble de l'élaboration de la maladie avec des tendances à la catastrophisation et un trouble somatoforme douloureux dans le contexte d'une situation de stress psychosocial prolongé, mettant en exergue un état dépressif sévère. Les médecins psychiatres qui ont examiné le recourant ont quant à eux tous retenu l'existence d'un état dépressif. Ainsi, dans son rapport du 28 janvier 2005, le Dr N._____ parle d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, diagnostic confirmé par le Dr S._____ dans son rapport du 27 avril 2007, puis par l'expert judiciaire K._____ dans son rapport du 2 avril 2009 (p. 12). Seule la Dresse Q._____ retient, dans son rapport d'expertise du 16 juin 2006, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (p. 19). Les troubles d'ordre psychique présentés par le recourant s'avèrent ainsi seuls déterminants pour apprécier l'invalidité disputée.

7. a) Les Drs N._____, S._____ et l'expert K._____ retiennent tous trois un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques ainsi qu'un trouble panique (F41.0). Concordants, ces diagnostics sont dûment documentés et peuvent donc être retenus, de sorte que le diagnostic divergent d'épisode dépressif léger tel que posé par la Dresse Q._____ doit être écarté. L'office intimé n'en disconvient du reste pas, au terme de la procédure d'instruction.

b) Cela étant, au diagnostic d'état dépressif sévère, auquel le Dr K._____ attribue un degré de gravité et d'intensité tels qu'il s'avère en soi invalidant (rapport du 2 avril 2009, p. 21), ce même expert retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4).

A cet égard, l'expert K._____ motive le fait qu'il se justifie d'écarter le diagnostic de la Dresse Q._____ de majoration de symptômes physiques (F68.0) en ce sens que ce dernier, très proche de ce que désigne le trouble somatoforme, a ses équivalents avec les appellations aujourd'hui désuètes de sinistrose et de névrose de compensation.

Le Dr K._____ procède ensuite à l'examen systématique de l'ensemble des critères de gravité du trouble somatoforme autorisant, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus, à le qualifier d'invalidant.

Ainsi, s'agissant de l'existence d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), il observe que l'ensemble des avis médicaux versés au dossier retiennent que l'état dépressif et les somatisations existent depuis 2003 au moins et forment une symptomatologie inchangée.

S'agissant de la présence d'affections corporelles chroniques, le Dr K._____ estime qu'elles ne peuvent guère être retenues au vu du contexte de syndrome douloureux chronique dans lequel elles s'inscrivent,

lequel, selon le Dr M._____, procède d'une comorbidité psychologique susceptible d'influencer négativement la capacité de travail.

On peut en revanche parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Si la Dresse Q._____ relève que l'observance thérapeutique à la médication anti-dépressive est mauvaise, le Dr K._____ estime pour sa part que ce point n'a guère d'importance, dès lors qu'il est, selon lui, peu vraisemblable qu'une médication bien conduite et suivie scrupuleusement soit à même de modifier l'état psychique du recourant. Ainsi, l'expert K._____ est plutôt d'avis de retenir une résistance aux traitements dans les règles de l'art, au vu d'un suivi psychiatrique et somatique conséquents, comprenant une prise en soins somatique et psychiatrique, cette dernière étant au demeurant attestée depuis 2003 (cf. rapport d'expertise de la Dresse Q._____ du 16 juin 2006, p. 19).

Une perte d'intégration sociale doit également être constatée. En effet, même si la Dresse Q._____ relève (rapport d'expertise du 16 juin 2006, p. 20) que la sociabilité est en partie maintenue, mais non sans relever des contradictions dans le discours du recourant, le Dr N._____ constate dans son rapport du 28 janvier 2005 "un important repli social, motivant le patient à rester la plupart de son temps à domicile". De son côté, le Dr K._____ retient (rapport d'expertise du 2 avril 2009, p. 9) un réseau social centré sur la famille nucléaire (épouse et enfants), le recourant rapportant cependant deux amis proches et confidents. Le Dr K._____ en conclut que si l'on ne peut affirmer que le réseau social soit altéré de façon massive, il est manifestement diminué (p. 21).

Quant à l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), le Dr S._____ a retenu que la symptomatologie anxieuse et dépressive sévère avait tendance à se chronifier. De son côté, l'expert K._____ affirme que la situation est "aujourd'hui fixée ou cristallisée" (rapport d'expertise du 2 avril 2009, p. 21). A ses yeux, l'état

de santé du recourant s'est aggravé depuis l'expertise de la Dresse Q._____, au mois de juin 2006. Il en veut pour preuve le fait que le rapport des psychiatres traitants N._____, et F._____ du 28 janvier 2005 envisageait une reprise du travail partielle pour autant que l'état dépressif soit traité, tandis que dans son rapport du 27 avril 2007, le Dr S._____ considérait que le déficit intellectuel du recourant était de nature à empêcher l'exercice de toute activité professionnelle, seule une activité au sein d'un atelier protégé étant évoquée.

c) En définitive, le rapport d'expertise du Dr K._____ du 2 avril 2009 comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et repose sur une étude complète du dossier. Ses conclusions sont claires, motivées et convaincantes. L'évaluation des différents avis médicaux et les arguments conduisant l'expert à s'en écarter sont clairement compréhensibles et bien étayés. Cette expertise a ainsi valeur probante de sorte qu'il se justifie de retenir l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant accompagné d'une comorbidité psychiatrique significative.

A la lumière des différents critères posés par la jurisprudence, on constate ainsi l'existence de circonstances exceptionnelles permettant de retenir le caractère invalidant des troubles psychiques constatés chez le recourant. Une incapacité de travail constante et de longue durée en est la conséquence.

8. a) S'agissant du taux d'incapacité de travail, les Drs N._____ et S._____, psychiatres traitants, estiment qu'elle est entière. Pour autant, ils n'excluent pas une éventuelle reprise d'activité à temps partielle, le cas échéant en milieu protégé. De son côté, le Dr K._____ évalue à 50% la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. Il explique que ce taux procède d'une appréciation globale de la situation, laquelle exclut les facteurs non médicaux pour ne retenir que les éléments susceptibles d'être pris en compte en tant que maladie. A cet égard, il précise que la mesure du quotient intellectuel doit être pondérée d'une appréciation clinique, correspondant à l'épreuve de la réalité. Ainsi,

constatant que le recourant présente effectivement un retard mental, on ne saurait s'expliquer qu'il se soit vu confier et ait pu assumer la responsabilité de chef d'équipe dans le bâtiment (déterminations du Dr K. _____ du 2 juillet 2009). Le Dr K. _____ justifie ensuite le fait qu'il se soit écarté de l'appréciation des médecins traitants par le fait qu'il incombe au médecin expert, dans le cadre d'un mandat d'évaluation, de procéder à une appréciation strictement objective d'une situation donnée, alors que les médecins traitants interviennent dans le cadre d'un mandat de traitement qui peut justifier de ne pas entrer en conflit avec le patient, en particulier dans l'appréciation difficile de l'incapacité de travail, afin de préserver leur relation thérapeutique, laquelle procède de l'empathie.

Il y a dès lors lieu de retenir, avec l'expert K. _____, que le recourant présente une capacité de travail de 50% sur le plan psychique dans une activité adaptée à ses limitations physiques (rapport d'expertise du 2 avril 2009, p. 27).

b) Pour ce qui est de la date du début de l'invalidité, l'expert K. _____ retient le 1^{er} avril 2007, date correspondant au moment de l'aggravation des troubles et au début de leur fixation, prenant comme référence la date du dernier rapport des médecins psychiatres traitants du 27 avril 2007. Sur ce point, le fait qu'en 2003, l'état psychique du recourant était suffisamment grave pour entraîner une incapacité de travail totale ne contredit pas l'expertise du Dr K. _____. En effet, l'état psychopathologique attesté par les psychiatres de l'Hôpital de [...] (Dr N. _____) et par la Dresse Q. _____ n'était que transitoire dès lors que par la suite, le recourant a bien répondu aux traitements entrepris. Cette décompensation transitoire n'autorisait donc pas à conclure à une maladie invalidante au sens de l'AI.

Le recourant présente donc une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2007.

9. a) Sur le plan économique, la fiche de calcul produite par l'office intimé en annexe à ses déterminations du 16 septembre 2009 fait

état d'un préjudice économique de 46'266 fr. pour un revenu sans invalidité de 73'331 fr. et un revenu d'invalidité issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 27'065 fr., après un abattement de 10%, représentant un degré d'invalidité de 63%.

Vérifiée d'office, la comparaison des gains à laquelle a procédé l'OAI est correcte et doit être confirmée. Elle n'est au demeurant pas contestée.

Le droit à trois-quarts de rente est donc ouvert, dès juillet 2007, soit trois mois après l'aggravation déterminante survenue au mois d'avril 2007, comme l'OAI en a convenu par écriture du 7 mai 2009 (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

b) Quant à l'avis du 14 septembre 2009 de la conseillère en réadaptation préconisant l'examen de mesures professionnelles, avis produit dans le cadre des déterminations de l'OAI du 16 septembre 2009, il ne saurait avoir d'influence sur le droit à une rente, à reconnaître avec effet ex tunc. Il appartiendra à l'office intimé de reprendre l'instruction du cas pour l'examen de la mise en œuvre de mesures professionnelles et rendre le cas échéant une nouvelle décision sur ce point avec effet ex nunc.

10. Il s'ensuit que le recours doit être admis. La décision rendue le 4 juillet 2008 sera réformée en conséquence en ce sens que Y. _____ est mis au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juillet 2007, fondée sur une capacité de travail réduite à 50% à compter du mois d'avril 2007.

11. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (cf.

art. 117 al. 1 LPA-VD; cf. consid. 1 supra), des frais de justice ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne se justifie pas davantage de faire supporter une partie des frais au recourant, qui obtient gain de cause dans une large mesure.

b) Le recourant, qui obtient largement gain de cause, a par contre droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, lesquels doivent être fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu, compte tenu de la nature et de la complexité de cause, de fixer à 2'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI au recourant à titre de dépens.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 4 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Y._____ est mis au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité avec effet au 1^{er} juillet 2007.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Y._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Joëlle Vuadens, avocate (pour Y. _____),
- 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).

Le greffier :