

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bidiville et Monod, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Flattet, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA et 57 al. 1 let. f LAI

E n f a i t :

A. L._____, ressortissant espagnol né en 1947, marié, sans formation, a travaillé comme aide d'atelier pour le compte de l'entreprise [...] SA depuis 1985, pour un salaire mensuel de 5'820 francs. Souffrant de lombalgies, il a été mis en arrêt complet de travail par son médecin traitant, le Dr R._____, depuis le 8 janvier 2001 pour une durée indéterminée. Il a déposé, le 12 décembre 2001, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 3 décembre 2001, la Dresse B._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics principaux de lombosciatalgies gauches avec syndrome sensitif non spécifique dans un contexte de status après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 en 1985 avec discopathies étagées et micro-instabilité discale en L4-L5 et L5-S1, de hernie discale L3-L4 paramédiane droite et de légère arthrose postérieure basse. Selon elle, ces atteintes contre-indiquaient l'exercice d'une activité lourde, comprenant ports de charges ou mouvements répétitifs, mais permettaient l'exercice d'une activité légère à raison de 50% au moins.

Le Dr D._____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier H._____ a diagnostiqué, le 8 janvier 2002, des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques et dégénératifs rachidiens, micro-instabilité segmentaire lombaire basse) et un status après cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 en 1985. Il confirmait l'incapacité totale de travail dans une activité lourde à compter du mois de janvier 2001, tout en admettant une exigibilité médicale somatique complète dans une activité légère. Il relevait toutefois que la souffrance de l'assuré, décrit comme angoissé, était indéniable et préconisait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer dans quelle mesure celui-ci pouvait

surmonter ses handicaps et se soumettre à une réadaptation professionnelle.

Une expertise psychiatrique a dès lors été confiée par l'OAI au Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu, dans son rapport du 26 septembre 2003, les diagnostics de trouble douloureux chronique et de trouble de conversion avec présentation mixte. Le rapport faisait état d'un assuré actif dans ses loisirs, fréquentant ses anciens collègues de travail et niant toute atteinte de nature psychologique. Les plaintes émises concernaient principalement des lombalgies, mais également des fourmillements et des phénomènes de lâchage de la jambe gauche provoquant des chutes, sans explication organique. Aux yeux de l'expert, il existait donc des pathologies psychiatriques somatoformes, douloureuses et conversives, limitant la capacité de travail depuis janvier 2001. En l'absence d'une atteinte thymique et anxieuse significative ou d'une autre affection majeure de nature psychiatrique, le Dr G._____ fixait cette capacité à 50% au moins dans une activité légère adaptée aux limitations rhumatologiques, précisant qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques spécifiques, hormis éviter une activité particulièrement stressante à rendement élevé. Il ajoutait en outre ce qui suit :

« A noter que le taux spécifié est purement médico-théorique. Comme l'indique le médecin-traitant dans son rapport d'août 2001 cet expertisé est parfaitement authentique dans sa souffrance et s'estime incapable de travailler plus de deux heures par jour, ses douleurs devenant par la suite "catastrophiques". Il n'émet aucune demande de réhabilitation socioprofessionnelle, estimant devoir bénéficier d'une rente totale. Toute démarche de réhabilitation sera ainsi très difficile. Bien qu'il s'agisse d'une atteinte de la série purement somatoforme, sans comorbidité thymique-anxieuse, une incapacité d'au moins 50% doit être retenue car soumettre l'assuré à une exigibilité supérieure va probablement accentuer le phénomène conversif et algique ».

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional AI (ci-après : SMR) pour appréciation. Dans un avis du 12 novembre 2003, les Drs [...] et [...], ce dernier psychiatre FMH, ont considéré que l'atteinte principale à la santé consistait en des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens et micro-instabilité segmentaire lombaire basse, affections qui

entraînaient une incapacité totale de travail dans une activité lourde, mais nulle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (pas de port de charges, alternance des positions assis/debout, pas de porte-à-faux du tronc, pas de stress), à compter du mois de janvier 2001. Les médecins du SMR motivaient leur position comme suit :

« L'expertise du Dr G._____, psychiatre, ne diagnostique pas de troubles psychiques pouvant occasionner des limitations fonctionnelles, ni de trouble de la personnalité. Contrairement aux conclusions diagnostiques du Dr G._____, un trouble de conversion correspond aux manifestations d'un trouble de la personnalité de type fragile, qui n'est nullement évoqué ou relevé dans l'expertise. Ces manifestations (fourmillements, chutes sans se blesser,...) sont, à notre avis, à mettre sur le compte d'un trouble somatoforme et ne peuvent en aucune façon constituer une co-morbidité psychique à ce dernier.

En l'absence de critères de co-morbidité psychique, de retrait social, de traitement, de caractère pré-morbide du trouble somatoforme, nous ne pouvons suivre l'estimation de la capacité de travail du Dr G._____ (50% pour des raisons somatiques) et reconnaître à l'assuré une quelconque réduction de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

En l'absence de limitations fonctionnelles psychiques (cf. expertise Dr G._____), la capacité de travail n'est définie, chez M. L._____, qu'en termes somatiques, soit en suivant les rapports médicaux du Dr D._____ ».

Le Dr J._____ du SMR, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a procédé à un examen rhumatologique sur la personne de l'assuré le 18 mai 2004. Son rapport du 19 mai suivant arrivait à la conclusion que l'intéressé souffrait de lombalgies chroniques, en raison d'un status post-cure chirurgicale de hernie discale en 1985, de troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaires et d'une discrète hernie discale para-médiane droite, impliquant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 8kg, pas de station assise ou debout de plus de 45 minutes, alternance des positions, pas de longs déplacements à pied ou en voiture, pas de travail en posture statique contraignante pour le rachis lombaire (porte-à-faux, réclinaison lombaire et torsion axiale), ni sur échelle ou accroupi. Le médecin du SMR était d'avis que ces limitations diminuaient la capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle d'opérateur de machines, mais qu'elles n'empêchaient pas l'assuré d'exercer à plein temps une activité adaptée.

Un stage d'observation de trois mois a été mis sur pied auprès du Centre de formation [...], à Lausanne, dans la perspective d'une réadaptation professionnelle. Le 26 octobre 2004, après trois jours d'évaluation, l'assuré a interrompu prématurément le stage, en raison de fortes lombalgies. Interpellé à ce sujet par le SMR, le Dr D._____ a indiqué, le 6 décembre 2004, qu'il n'avait pas décelé de nouvelle pathologie somatique lors de son dernier examen du 11 octobre précédent et qu'il évaluait la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, n'imaginant toutefois pas en quoi celle-ci pouvait consister.

Le Dr [...] du SMR a estimé, le 1^{er} mars 2005, que le rapport du Dr D._____ rejoignait celui du Dr J._____ et qu'il n'y avait pas d'élément clinique nouveau, les limitations fonctionnelles demeurant inchangées. Il confirmait par conséquent l'appréciation du SMR selon laquelle l'exigibilité était complète dans une activité adaptée.

Dans le cadre d'une consultation d'antalgie de novembre 2004 à avril 2005, l'assuré a été examiné par différents spécialistes, dont les Drs [...] et [...] du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier H._____, le Dr S._____ du Service de psychiatrie de liaison et le Dr D._____. Ceux-ci sont arrivés à la conclusion, le 24 mai 2005, que la pathologie douloureuse présentée par l'assuré associait deux troubles distincts mais complémentaires, pour aboutir à une symptomatologie douloureuse chronique résistante aux traitements. Ils retenaient ainsi les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques et dégénératifs rachidiens, status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en 1985 avec fibrose résiduelle, déconditionnement physique global et focal, probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse) et de trouble somatoforme indifférencié. Compte tenu de la gravité de la pathologie, ils étaient d'avis qu'il n'existait pas d'alternative thérapeutique qui permettrait une amélioration significative de la symptomatologie douloureuse et donc la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Sur le plan psychiatrique, le Dr S._____ exposait en particulier ce qui suit :

« Du point de vue clinique, le status actuel présente un patient qui décrit être fortement invalidé par ses symptômes, tant douloureux que d'allure neurologique, au point que toute sa sphère psychique est envahie, notamment lorsqu'il se déplace, ayant continuellement besoin d'être rassuré par un objet soutenant tel un parapluie, une canne ou une barrière de sécurité.

On note également des troubles du sommeil importants, une fatigue diurne. Dans le contact, Monsieur L._____ adopte fréquemment une attitude de négation de toute participation émotionnelle à ses symptômes physiques. De façon caractéristique, Monsieur L._____ met en avant dans la relation thérapeutique son corps comme un objet de négociation, ce qui est certainement dû à sa difficulté à exprimer tout type de conflit, qui reste par conséquent non symbolisé (notamment répercussion psychologique des deuils familiaux, mise à distance de tout conflit potentiel, comme pourrait en témoigner l'absence actuelle de relations sexuelles au sein du couple).

Dès lors, Monsieur L._____ présente bel et bien les signes et les caractéristiques que l'on rencontre dans le cadre d'un trouble somatoforme, qui s'exprime pour l'heure chez lui de façon assez pure sans être accompagné actuellement de dépression (bien que des signes dépressifs soient déjà présents à minima au MADRS) ou d'un trouble de la personnalité spécifique. Il faut toutefois relever que le risque que le patient développe un état dépressif plus grave est non négligeable au vu de l'évolution. Si l'on considère ces dernières années, étant donnés la multitude des essais thérapeutiques infructueux, l'échec très rapide lors d'un stage de réévaluation, la chronification globale du patient dans la symptomatologie, nous devons nous rendre à l'évidence que ce trouble doit être considéré comme très invalidant, rendant à mon avis tout effort de réadaptation illusoire, la capacité de travail me semblant être nulle, de façon définitive ».

Appelés à se prononcer sur ce nouveau rapport, les Drs [...] et [...] du SMR ont estimé, le 19 août 2005, qu'il n'apportait aucun élément nouveau, tant au niveau des diagnostics reconnus par la jurisprudence comme ayant une influence sur la capacité de travail, qu'au niveau de la présentation clinique objective de l'assuré. Ils relevaient notamment l'absence de dépression, de comorbidité psychique, de retrait social et de traitement, pour conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Par décision du 16 juin 2006, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente à compter du 1^{er} janvier 2002, fondée sur un taux d'invalidité de 43%, au motif que l'intéressé conservait une capacité de travail exigible entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 août 2006, reprochant à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de son affection psychiatrique, laquelle l'empêchait d'exercer toute activité. Il a produit, le 14 mai 2007, deux rapports d'IRM des 9 janvier et 29 mars 2007, démontrant notamment la présence d'une périarthropathie de hanches bilatérale « possiblement à l'origine des symptômes présentés par le patient », ainsi que la persistance d'une petite saillie discale paramédiane droite avec déchirure annulaire, sans récurrence herniaire gauche.

Interrogé au sujet de la périarthropathie, le Dr R. _____ a indiqué, le 25 juillet 2008, que l'évolution de cette affection était « pour l'instant calme » et qu'elle n'entraînait pas de limitations fonctionnelles.

Dans un avis médical du 25 août 2008, les Drs [...] et [...] du SMR ont estimé qu'aucun nouvel élément médical n'était à prendre en considération depuis la décision du 16 juin 2006. Ils relevaient en outre ce qui suit :

« Concernant la différence d'appréciation de la situation de cet assuré qui présente indéniablement une atteinte lombaire responsable de limitations fonctionnelles, un trouble douloureux chronique et qui n'est pas reclassable dans une autre activité pour des raisons qui ne peuvent être expliquées de manière précise sur le plan médical, il est à relever ceci :

A la base, les médecins du SMR ayant traité ce dossier ont estimé que le trouble douloureux chronique diagnostiqué chez cet assuré ne devait pas être pris en compte comme affection invalidante au sens de l'AI. Cet avis n'a pas été contredit depuis. Il est vrai que l'expertise du Dr G. _____ est critiquable en ce sens que cet expert donne des appréciations contradictoires concernant l'absence de limitations fonctionnelles d'origine psychiatriques, tout en retenant néanmoins une diminution de la capacité de travail de 50%. Mais indépendamment de cette incohérence, il est permis de conclure sur la base de cette expertise que les critères pour la prise en compte de ce trouble douloureux comme affection invalidante au sens de l'AI ne sont pas remplis.

L'appréciation pluridisciplinaire des médecins (document du 13.06.2005) ne contredit pas l'appréciation des médecins SMR. Le rôle de ces médecins n'est pas le même que celui des médecins du SMR obligés d'appliquer une base légale en matière de médecine des assurances, leur rôle est celui de médecins traitants, et il est compréhensible qu'ils constatent une incapacité de travail de fait chez un assuré qui depuis le début de la procédure s'est toujours senti incapable de reprendre un jour un quelconque travail.

Mais il n'en demeure pas moins qu'il n'y a toujours pas de diagnostic de co-morbidité psychiatrique invalidante au sens de l'AI justifiant la prise en compte de ce trouble douloureux comme affection invalidante et que la situation

ostéoarticulaire ne s'est pas modifiée au point de justifier de nouvelles limitations fonctionnelles et une capacité de travail exigible inférieure à celle retenue lors de la décision ».

Par décision sur opposition du 19 novembre 2008, l'OAI a confirmé sa décision du 16 juin 2006, considérant que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte psychique invalidante à sa santé.

B. L._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud par acte du 5 janvier 2009, concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2002, le revenu annuel d'invalidité devant être précisé en cours d'instance par expertise. Il se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr R._____, ainsi que du rapport pluridisciplinaire du 24 mai 2005, pour soutenir qu'il souffre de troubles somatiques associés à une pathologie psychiatrique qui excluent toute reprise d'activité professionnelle. Il critique enfin le revenu avec invalidité retenu par l'OAI, qu'il estime irréaliste au regard de son état de santé et des constats opérés lors de son stage d'observation, de sorte qu'il convient, cas échéant, de le définir par expertise.

Dans sa réponse du 19 mars 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il rappelle que les conclusions faites à l'occasion d'un stage d'évaluation ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin, ce d'autant moins qu'il n'a duré en l'occurrence que trois jours, le recourant s'estimant incapable de travailler et attendant l'octroi d'une rente. Il relève en outre que les Drs B._____ et D._____ avaient fixé la capacité de travail à 100% en 2002 sur le plan strictement somatique et que le trouble douloureux chronique relevé dans le rapport d'antalgie de mai 2005 ne peut être considéré comme invalidant au sens de la jurisprudence, en l'absence de comorbidité psychiatrique. Il se réfère à sa décision pour le surplus.

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 1^{er} 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. a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI (cf. art. 6ss LPGA, 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

Le recourant ne remet pas en cause l'évaluation de sa capacité de travail sur le plan somatique, sa contestation portant sur la non prise en compte par l'OAI de son affection psychiatrique, qui réduirait à néant sa capacité de travail exigible dans quelque activité que ce soit, selon l'avis du Dr S._____. Il conteste en outre le revenu d'invalidité retenu par l'OAI pour calculer son degré d'invalidité, demandant à ce qu'il soit fixé, cas échéant, par expertise.

Pour sa part, l'OAI privilégie l'appréciation du SMR selon laquelle le recourant ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique invalidante et retient par conséquent une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux seules limitations fonctionnelles somatiques.

b) 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 ; 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. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. 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 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

c) 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. 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). Une expertise ordonnée par l'OAI (effectuée par un médecin indépendant) peut satisfaire à ces exigences ; il en va de même d'un rapport émanant d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui

l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

3. En l'espèce, la décision litigieuse fait sienne l'appréciation du SMR, selon laquelle l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail exigible, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Le SMR s'écarte ainsi des conclusions de l'expert G._____ et du Dr S._____, étant d'avis que les troubles somatoformes diagnostiqués ne peuvent être considérés comme invalidants au sens de la jurisprudence en la matière (cf. supra, consid. 2c). En effet, le SMR relève à juste titre la teneur contradictoire du rapport d'expertise psychiatrique, qui reconnaît l'existence de « pathologies psychiatriques somatoformes, douloureuses et conversives, limitant la capacité de travail », sans toutefois retenir de limitation fonctionnelle psychique spécifique, de sorte que sa valeur probante s'en voit affaiblie. Néanmoins, s'il expose de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'éloigne des conclusions des Drs G._____ et S._____, en niant notamment toute comorbidité psychiatrique, tout retrait social, trouble de la personnalité ou état dépressif, le SMR ne pouvait pas simplement écarter les deux avis psychiatriques versés au dossier sans avoir effectué d'examen médical approfondi sur la personne de l'assuré, le dossier ne comprenant pas d'indications claires sur l'état psychique de ce dernier en 2008. En effet, il paraît arbitraire d'exclure une comorbidité psychiatrique durable en se fondant uniquement sur une interprétation et une critique des rapports psychiatriques établis en 2003 et 2005, lesquels parlent plutôt en faveur d'une atteinte psychique importante. Cela étant, l'OAI aurait dû, avant de statuer sur l'opposition, demander au SMR d'examiner de manière plus détaillée et complète la situation de l'intéressé sur le plan psychiatrique. Il n'a pas établi les faits de manière complète et n'a pas apprécié les preuves conformément aux exigences du droit fédéral.

Dès lors qu'il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire (cf. art. 43 al. 1 LPGA et 57 al. 1 let. f LAI), il convient donc de lui retourner le dossier pour qu'il en complète l'instruction conformément aux considérants (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3).

En définitive, il y a lieu d'admettre partiellement le recours pour constatation incomplète des faits pertinents (cf. art. 28 al. 1 LPA-VD) et mauvaise appréciation des preuves, le recourant n'ayant pris que des conclusions en réforme, puis d'annuler la décision entreprise et de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

4. a) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens réduits, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD).

En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires in casu (art. 52 LPA-VD).

**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 attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** L'OAI versera à L. _____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Flattet, avocat (pour L. _____)
- 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 :