

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 février 2011

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges      :      Mmes Di Ferro Demierre et Pasche  
Greffier      :      Mme      Vuagniaux

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par CAP Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_, né le [...], tailleur de pierre, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 10 mai 2004, faisant état d'atteintes au dos, aux jambes et à l'épaule et sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 19 mai 2004, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin conseil de D. \_\_\_\_\_, assurance maladie, a notamment indiqué ce qui suit :

« En tant que médecin-conseil de D. \_\_\_\_\_, j'ai revu à ma consultation votre patient susnommé ce 18 mai 2004 à 18h00 en raison de la persistance de son incapacité de travail totale depuis le 11.08.2003 malgré ma consultation du 25.03.2004 où il avait été convenu que l'assuré devait reprendre son activité à 50 %.

Sans revenir en détail sur l'affection actuelle de cet assuré je rappellerais brièvement que ce tailleur de pierre employé dans l'entreprise [...], à l'incapacité de travail totale depuis le 11.08.2003 avec essai infructueux de reprise à 50 % le 26.09.2003 et reprise partielle à 50 % début 2004 a présenté des lombalgies aiguës avec irradiation au niveau de la fesse droite après avoir soulevé une tablette de fenêtre de l'ordre de 100 à 200 kg avec un collègue au début du mois d'août 2003 et qu'une IRM lombaire a mis en évidence un rétrécissement du diamètre rachidien de L3-L5 en relation avec un canal étroit, des altérations dégénératives intersomatiques et interfaccettaires de L3 à S1 ainsi que des protrusions discales L4-L5 et L5-S1.

Un examen neurologique effectué chez le Dr [...] le 1.09.2003 n'a pas mis en évidence d'atteinte neurogène périphérique. L'assuré a ensuite été adressé par vous-même au Dr [...] le 2.10.2003, à l'unité rachis [...], ce spécialiste a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens, déconditionnement physique et dysbalances musculaires étagées (...).

### Conclusion :

Ce tailleur de pierre présente toujours un syndrome lombo-vertébral chronifié associé à une sciatalgie irritative droite sur discopathie lombaire et troubles statiques qui dans l'état actuel empêche l'assuré de reprendre son activité professionnelle. L'assuré me dit s'être annoncé à l'AI la semaine passée pour un recyclage professionnel ce qui a été confirmé par son épouse.

En l'état actuel la situation est enlisée et je ne vois pas comment on pourrait imaginer de remettre cet assuré en capacité de travail même partielle dans son ancienne activité. En ce qui concerne le

problème OH la situation me semble avoir évolué favorablement dans le sens où la consommation a nettement diminué. La capacité de travail dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'efforts, de port de charge de plus de 10 kg ni de position debout prolongée la capacité de travail de M. Q. \_\_\_\_\_ me paraît conservée ».

Dans un rapport médical du 25 août 2004, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques non spécifiques sur troubles statiques et dégénératifs, un hallux valgus droit, une gonarthrose débutante et un flexum de l'interphalangienne proximale du 4<sup>e</sup> doigt droit. Il a indiqué que son patient avait été en incapacité de travailler à 100 % du 11 août au 2 septembre 2003, à 50 % du 3 au 22 septembre 2003, à 100 % du 23 septembre au 5 octobre 2003, à 50 % du 6 octobre 2003 au 24 mars 2004 et l'était de nouveau à 100 % depuis le 25 mars 2004.

Le 16 décembre 2004, les Drs Z. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et N. \_\_\_\_\_, médecin assistant, du service de Psychiatrie de liaison [...], ont procédé à une évaluation psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport du 20 décembre suivant, ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, un trouble somatoforme indifférencié F45.1, un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue F10.25, un trouble de la personnalité autre F60.8 et une suspicion de fonctionnement intellectuel limite F41.8. Leur appréciation du cas était la suivante :

« Il s'agit d'un patient d'origine [...], au discours très fruste, ayant commencé à travailler à l'âge de 11 ans dans le bâtiment puis comme tailleur de pierres. En 1989, il a émigré en Suisse et a travaillé de façon intense jusqu'à ce que des lombalgies fassent leur apparition en 1996. Cette problématique est liée aux diagnostics psychiatriques précités et a amené à un arrêt de travail complet courant 2003. Les troubles somatoformes indifférenciés et douloureux apparaissent de façon assez classique et sont accompagnés d'une symptomatologie dépressive complète correspondant actuellement à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Un alcoolisme dénié massivement complique ce tableau qui s'inscrit dans un très probable trouble de personnalité caractérisé par une pensée de type opératoire, un important théâtralisme, et une forte tendance à la manipulation inconsciente telle que vous l'avez remarqué à votre consultation.

L'octroi d'une rente AI à 100 % nous semble justifié dans cette situation ».

Le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique le 18 octobre 2005. Dans leur rapport du 21 novembre 2005, les médecins ont posé les diagnostics et apprécié le cas comme suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail :
  - lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit;
  - cervico-brachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec périarthrite scapulo-humérale droite;
  - discrète gonarthrose droite avec syndrome rotulien;
  - rhizarthrose bilatérale avec flexum de l'interphalangienne proximale de l'index droit suite à une fracture.
- sans répercussion sur la capacité de travail :
  - probable alcoolisme chronique, en amélioration depuis une année.

**APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS**

(...)

Au vu des pathologies ostéoarticulaires présentées par l'assuré, nous concluons que sa capacité de travail est nulle comme tailleur de pierres ou comme maçon. Dans une activité adaptée tenant compte strictement des limitations fonctionnelles sous-mentionnées, la capacité de travail est par contre complète (...).

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue psychiatrique (...).

L'assuré est démonstratif, théâtral et dans un discours logorrhéique il amplifie verbalement ses plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien et sans attirer notre empathie. Il n'a aucune prise en charge rhumatologique ni de traitement médicamenteux spécifique et garde un fonctionnement social normal (...).

En dépit des difficultés linguistiques de l'assuré, le médecin psychiatre décrit une symptomatologie dépressive sans retenir un diagnostic spécifique de ce registre et qui n'a pas été objectivé à l'examen clinique (...).

Sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité.

### **Les limitations fonctionnelles**

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

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

Au membre supérieur droit : pas de travail nécessitant l'élévation ou l'abduction de l'épaule droite à plus de 80°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit.

Mains : pas de travail de précision et pas de travail nécessitant un déploiement répétitif de force avec les mains.

Pas de limitation fonctionnelle psychiatrique (...).

**Concernant la capacité de travail exigible**, sur la base des observations pluridisciplinaires qui ont été faites lors de l'examen du SMR Léman du 18.10.2005, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de tailleur de pierres ou de maçon. Par contre, en l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, dans une activité adaptée tenant compte strictement des limitations fonctionnelles susmentionnées qui sont certes importantes, la capacité de travail est complète depuis août 2003.

Dans un rapport médical du 18 avril 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du Service de médecine interne [...], a indiqué que lors de l'hospitalisation de l'assuré du 6 au 12 avril 2006 pour des rectorragies sur probable hémorragie diverticulaire du sigmoïde, il avait été constaté que le patient présentait, de façon asymptomatique, des micro-nodules sous-pleuraux non calcifiés accompagnés de multiples adénopathies hilaires bilatérales évoquant en premier lieu, selon les radiologues, une sarcoïdose pulmonaire.

Le 27 avril 2006, le Dr S.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« Il s'agit d'un patient [...], marié, père d'une fillette de [...], tailleur de pierre, au chômage, s'exprimant mal en français, se retrouvant dans une situation médico-psycho-socio-économique difficile (arrêt de travail depuis octobre 2003 en raison des lombalgies, conflit avec l'assurance maladie, tribunal des assurances, démarches AI en échec, etc.).

Depuis 3 ans, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ est suivi à ma consultation, dans le cadre de nombreuses plaintes somatiques fluctuantes dans l'espace et le temps.

Le patient présente une élévation chronique des transaminases le plus probablement liée à une consommation à risque d'alcool (sérologie négative pour les hépatites B et C). Il présente également des épigastralgies pour lesquels une OGD sera organisée en mai 2006.

Au plan pulmonaire, le patient est peu symptomatique avec quelques épisodes de toux productive jaune ou verte (pas de sang) itératifs mais non continu. Le Mantoux effectué le 24.04.2006 est positif (18 mm) ».

Le 18 juillet 2006, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies respiratoires, a écrit au Dr S.\_\_\_\_\_ en ces termes :

« Je vous remercie de votre demande récente concernant une prise de position face à une éventuelle silicose. Ce diagnostic repose normalement sur 3 éléments : la notion d'exposition, l'aspect radiologique et l'absence d'un autre diagnostic pouvant expliquer les trouvailles.

Dans le cas particulier de Monsieur Q.\_\_\_\_\_, ces conditions sont remplies. Je souhaitais bien sûr pouvoir chiffrer l'importance du problème respiratoire par une ergo-spirométrie qui n'a pas été réalisable en raison des problèmes de genoux. La spirométrie est peu altérée : on trouve une augmentation du volume résiduel et un freinage dans le territoire des petites bronches, anomalies qui sont compatibles avec n'importe quelle cause d'obstruction bronchique débutante en particulier avec le tabagisme. Il en est de même de la gazométrie artérielle qui est caractérisée par une légère baisse de la PO2 au repos. Nous attendons encore le résultat de la mesure de diffusion mais cette épreuve ne modifiera probablement pas de façon fondamentale le diagnostic. Le résultat de la bronchoscopie est d'une certaine aide : on a effectivement trouvé des cristaux de silice, ce qui n'est pas surprenant. La présence d'hémosidérophages est compatible avec le diagnostic de silicose alors que la présence de lipidophages doit probablement être attribuée au tabagisme. Une tuberculose peut être exclue avec une bonne sécurité et nous n'avons aucun élément en faveur d'une sarcoïdose puisque l'un des ganglions a été ponctionné et ne contenait pas de cellules géantes.

En conclusion, le diagnostic de silicose peut être retenu avec une grande vraisemblance. Il ne pourrait être prouvé que par une biopsie pulmonaire par pleuroscopie ou à ciel ouvert. Les éléments sont toutefois insuffisants pour que le cas soit annoncé à la SUVA ».

Dans un rapport initial du 18 octobre 2006, la division administrative de l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'un stage d'évaluation, que l'assuré a suivi du 20 novembre au 15 décembre 2006 au Centre L.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 22 décembre 2006, la Dresse K.\_\_\_\_\_,  
médecin-conseil du Centre L.\_\_\_\_\_, a conclu ce qui suit :

« M. Q.\_\_\_\_\_ est connu depuis 1997 pour des altérations dégénératives lombaires basses modérées (protrusion discale L4-L5 et L5-S1) ainsi que pour des troubles statiques et dégénératifs cervicaux toujours peu importants, une gonarthrose droite discrète et une rhizarthrose bilatérale. Tailleurs de pierres, auparavant maçon, il n'a plus retravaillé depuis août 2003.

Nous avons procédé à l'évaluation dans des activités légères, épargnant les sollicitations soutenues du rachis. Il existe peut-être un certain manque de stabilité en station debout, mais celle-ci est la conséquence d'un positionnement non ergonomique de ce membre. En effet, M. Q.\_\_\_\_\_ porte un soin tout particulier à répéter des stratégies très démonstratives visant à insister sur les plaintes subjectives concernant ce membre. Il en est de même pour le membre supérieur droit, qui est extrêmement peu sollicité, dans sa globalité. Il reste cependant, objectivement, peu de limitations observées dans des activités simples et répétitives permettant l'alternance des positions.

Nous avons été confrontés à un patient introverti, oppositionnel, agressif, dont la collaboration a été à plusieurs reprises discutable. Il a toutefois terminé l'évaluation, assidu à son poste de travail, mais œuvrant sur la retenue.

Le contexte social et les troubles de la personnalité de M. Q.\_\_\_\_\_, dont les ressources intellectuelles (patient illettré avec très peu de capacités de raisonnement) sont certainement la cause de cette situation actuelle par ailleurs déplorable sur le plan social, avec des répercussions qui sont préoccupantes sur le plan familial (surtout pour sa fille âgée de [...]).

L'atteinte physique ne contre-indique pas la reprise d'une activité simple et légère, répétitive, permettant l'alternance des positions, et ne demandant pas de réflexion. Cette activité devrait être effectuée à plein temps, sans baisse de rendement notable. Les facteurs extérieurs précédemment détaillés ne génèrent pas en soi une incapacité de travail ».

Le 18 janvier 2007, la directrice et le maître socioprofessionnel  
du Centre L.\_\_\_\_\_ ont pris les conclusions suivantes :

« Au terme de ce stage et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de l'assuré face à des activités adaptées est de 100 %. La différence entre les rendements mesurés et nos conclusions s'explique par un comportement peu collaborant et une attitude passive et indifférente.

Les activités adaptées, avec l'usage des deux mains, doivent être simples, répétitives et légères, en privilégiant la position assise, sans mouvements d'amplitude pour son membre supérieur droit. Cela peut être du conditionnement pas trop fin, de l'alimentation de

machines-outils automatiques ou semi-automatiques, ou tout autre travail ne faisant pas appel à de la réflexion.

En raison des faibles ressources intellectuelles de l'assuré, seule une mise au courant simple sur le poste de travail est possible ».

Le 31 janvier 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) et spécialiste FMH en médecine du travail, a exposé ce qui suit :

« Je vous remercie de nous avoir mis à disposition une documentation très complète sur les diverses pathologies dont souffre votre patient susmentionné. La question qui nous est posée est de savoir si celui-ci souffre d'une silicose.

L'anamnèse professionnelle de M. Q.\_\_\_\_\_ que nous avons soumise à nos spécialistes à Lucerne permet de conclure que celui-ci a encouru une exposition globale aux poussières de quartz qui peut être qualifiée de faible à moyenne. L'exposition principale résulte d'une très courte période d'activité allant de 1998 à 2004, au sein de l'entreprise [...]. Le temps de latence entre exposition et apparition d'une silicose est donc très court, ce qui n'exclut pas un tel diagnostic, mais le rend moins probable.

La radiographie thoracique standard ne montre aucune lésion suspecte de silicose. Le CT thoracique du 8 mars 2006 montre effectivement un certain nombre d'adénopathies hilaires et médiastinales, par contre les lésions micronodulaires décrites par le Dr [...] n'ont pas convaincu mes collègues de la division Médecine du travail auxquels j'ai présenté ce cas. Ces documents ne permettent pas à notre avis de poser le diagnostic de silicose avec certitude ou grande probabilité.

Dans ces conditions, nous estimons que l'évolution ultérieure permettra sans doute d'ici quelques années de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de silicose. Un intervalle de 3 à 4 ans nous semble raisonnable pour procéder à un nouveau bilan radiologique, en l'absence d'une évolution clinique motivant un contrôle plus rapproché.

Précisons encore que, même si le diagnostic de silicose était actuellement retenu, M. Q.\_\_\_\_\_ ne bénéficierait d'aucune prestation en matière d'invalidité. En effet, ses fonctions pulmonaires sont quasi normales et l'incapacité de travail qu'il présente depuis quelques années n'est pas d'origine respiratoire. La Suva prendra par contre en charge les investigations respiratoires menées notamment par le Dr J.\_\_\_\_\_ en vue d'élucider ce cas ».

L'assuré a débuté un second stage auprès du Centre [...] le 7 mai 2007, afin de lui permettre d'augmenter ses rendements et envisager un stage dans l'économie en vue d'un engagement. La mesure a été interrompue avec effet au 16 mai 2007, en raison d'une incapacité de

travail de 100 % attestée par le Dr S.\_\_\_\_\_ et compte tenu d'une hospitalisation prévue en juin 2007.

L'assuré a été hospitalisé du 7 juin au 24 juillet 2007 à la Clinique psychiatrique V.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 10 août 2007, les Dresses X.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant, ont diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elles ont précisé que l'assuré avait présenté, en début de séjour, des hallucinations cénesthésiques et visuelles, qu'il souffrait d'une profonde tristesse, d'un sentiment de dévalorisation, de culpabilité, de troubles du sommeil, d'une importante baisse de l'appétit, d'une irritabilité, de douleurs diffuses, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'idées suicidaires, et que cette symptomatologie entraînait un retrait social important.

Aux termes d'un rapport médical établi le 24 janvier 2008 par les Drs W.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant [...] du Département de Psychiatrie [...], l'assuré était suivi depuis le 23 juillet 2007 et présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et une pneumopathie en cours d'investigation. Les médecins ont exposé notamment ce qui suit :

« **Anamnèse**

(...) M. Q.\_\_\_\_\_ a épousé une femme [...] née en Suisse. De cette union est née une fille actuellement âgée de [...], qui suit une scolarité normale, mais qui présente des difficultés psychologiques pour lesquelles elle consulte une psychologue. L'épouse de M. Q.\_\_\_\_\_ travaille à 100 % comme femme de ménage. Le couple a récemment rencontré des difficultés relationnelles notables, Mme [...] décrit son mari comme un homme généralement bon et non maltraitant. Cependant, durant l'année 2007, période lors de laquelle il a développé une symptomatologie dépressive sévère, il se serait à quelques reprises montré menaçant à son égard et leur relation s'est progressivement détériorée, au point que l'épouse a quitté le domicile conjugal au mois de septembre 2007. Une séparation est en cours. La garde aurait été attribuée à sa femme, mais la fille reste actuellement au domicile du père. L'aide au ménage une à deux fois par semaine a été mise en place.

Depuis le début de l'année 2007, dans le contexte de ses difficultés familiales et de ses douleurs chroniques invalidantes, M. Q. \_\_\_\_\_ souffre d'une symptomatologie dépressive sévère lourdement handicapante (anhédonie, aboulie, troubles du sommeil, de l'appétit, sentiment de dévalorisation, de culpabilité et idéation suicidaire) qui a nécessité une hospitalisation à V. \_\_\_\_\_ du 07.06.2007 au 24.07.2007 (...).

### **Thérapie / Pronostic**

(...) Malgré les traitements psychiatriques maximaux ambulatoires et hospitaliers, l'état de santé psychiatrique de M. Q. \_\_\_\_\_, qui est accompagné de nombreuses co-morbidités physiques, est largement handicapant et ne lui permet aucune activité professionnelle. Son incapacité de travail est entière, sa capacité de gain est nulle ».

Dans un avis médical du 18 mars 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR a pris les conclusions suivantes :

« Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré sous forme d'une décompensation dépressive. Nous ne retenons pas le diagnostic de TSDP, diagnostic qui n'a pu être retenu lors de notre examen et qui ne peut être retenu conjointement avec un épisode dépressif sévère.

L'état de santé actuel ne permet pas à l'assuré de s'investir dans un projet professionnel quelconque.

Comme date de l'aggravation il convient de retenir le 07.06.2007, date du début de l'hospitalisation. Antérieurement à cette date, l'assuré présentait une pleine CT dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques ».

Par projet de décision du 3 juin 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente basée sur un degré d'invalidité de 40 % dès le 1<sup>er</sup> août 2007 et une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. L'office estimait que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 11 août 2003 dans son activité de tailleur de pierre, mais que dès cette date, on pouvait néanmoins exiger de lui qu'il travaillât à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, en comparant les revenus de valide et d'invalidé, il résultait un degré d'invalidité de 28 %, de sorte qu'il n'avait pas droit à une rente. En revanche, dès lors que son état de santé s'était aggravé depuis le 7 juin 2007, l'administration a considéré qu'il ne pouvait plus travailler dans toute activité dès cette date. En conséquence, compte tenu de dix mois d'incapacité de travail à 28 % et de deux mois d'incapacité de travail à 100 %, c'est au 1<sup>er</sup> août 2007 qu'il présentait une

incapacité de travail moyenne de 40 % durant une année et au 1<sup>er</sup> novembre 2007, soit trois mois après l'échéance du délai d'attente de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité.

L'assuré a contesté ce projet de décision le 31 juillet 2008 par l'intermédiaire de Mme Natasa Djurdjevac Heinzer, juriste à la CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne. Il a soutenu qu'il était en incapacité totale de travailler en tout cas depuis le 25 mars 2004, que son état dépressif avait été diagnostiqué en décembre 2004 et que son état de santé s'était détérioré en tout cas à partir du mois de mai 2006, de sorte qu'il convenait de lui allouer une rente entière d'invalidité depuis le 25 mars 2004. Il a produit les documents suivants :

- une lettre du 16 juillet 2008 du Dr J. \_\_\_\_\_ dont la teneur était la suivante :

« (...) je puis vous informer que lorsque j'ai vu ce patient pour la première fois le 08.05.06, il était en incapacité de travail totale. Vous connaissez la liste des diagnostics qui étaient posés à l'époque. A ceux-ci se rajoute maintenant le diagnostic de silicose et vous n'ignorez pas que le patient a été hospitalisé du 07.06.07 au 24.07.07 pour un état dépressif grave ».

- une lettre du 23 juillet 2008 du Dr S. \_\_\_\_\_ indiquant ce qui suit :

« (...) après relecture attentive d'éléments du dossier, il est clairement établi que le patient a bénéficié d'une incapacité de travail de 100 % à partir du 11.08.2003 avec plusieurs reprises sporadiques à 50 % (cf. copie du rapport AI #1 d'août 2004 et rapport AI #2 d'octobre 2006). Par la suite, il a bénéficié d'un arrêt de travail de 100 % du 25.03.2004 au 31.12.2005.

Une inscription au chômage, en désespoir de cause, effectuée sur les conseils de son avocate, dans un contexte de fin d'assurance perte de gain et grande précarité a été effectuée en janvier 2006. Toujours dans ce contexte difficile, une reprise à 100 % a été libellée pour le 01.01.2006. Comme déjà spécifié dans le rapport AI d'octobre 2006, tout cela s'est soldé par un échec. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ perdant même tout droit au chômage.

En relisant le rapport d'évaluation psychiatrique du 20.11.2004 (cf. annexe), mes Confrères psychiatres sont d'avis que, dans le cadre de troubles somatoformes indifférenciés et épisodes dépressifs, une rente AI à 100 % est justifiée.

En résumé, et pour répondre à votre question, l'incapacité totale (et définitive) de travail a débuté le 25 mars 2004, comme déjà stipulé aux pages #2 des deux rapports AI annexés ».

Dans un avis médical du 20 août 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR s'est déterminé en ces termes :

« Contrairement à ce qu'affirme Me Djurdjevac Heinzer : « *Pour mémoire, en décembre 2004, les Docteurs Z. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, psychiatres, indiquaient que notre assuré était en dépression et qu'une pleine rente d'invalidité était justifiée dans son cas* », ces deux médecins, psychiatres [...], dans leur lettre datée du 20.12.2004, ne diagnostiquent pas de trouble dépressif; en revanche ils soulignent que les troubles douloureux somatoformes s'accompagnent d'une symptomatologie dépressive, (la CIM-10 ne permet clairement pas de poser en même temps le diagnostic de TSD et celui d'épisode dépressif); ils insistent sur la dépendance à l'alcool qui semble très importante. Enfin, ce n'est pas au médecin psychiatre consultant de se prononcer sur le droit à une rente qui est une notion juridique. Et encore, contrairement à ce qu'écrit Me Djurdjevac au 2<sup>ème</sup> alinéa de la p. 2 de ses objections, les 2 psychiatres n'ont pas écrit que l'assuré présentait une IT totale de travailler.

En produisant la lettre du Dr J. \_\_\_\_\_, pneumologue FMH, datée du 16.07.2008, Me Djurdjevac Heinzer tente de faire croire que la silicose pulmonaire diagnostiquée au milieu de l'année 2006 pouvait engendrer une IT totale. Or tel n'est absolument pas le propos du Dr J. \_\_\_\_\_; il n'écrit pas que la CT est nulle en raison de la pathologie pulmonaire; il écrit que, lorsqu'il a vu l'assuré pour la première fois en date du 08.05.2006, ce dernier était en incapacité totale, et qu'à la liste des diagnostics posés à l'époque se rajoute maintenant celui de silicose. Il n'écrit pas que la pathologie pulmonaire limite la CT.

On sait en outre du Dr S. \_\_\_\_\_ qu'en 2006 Monsieur était peu ou pas symptomatique au plan pulmonaire (voir lettre du 04.2006 adressée au Dr J. \_\_\_\_\_, lettre du 18.08.2006 à la SUVA : patient peu symptomatique au plan pulmonaire et lettre du CHUV du 18.04.2006 en p. 2 : patient asymptomatique au plan respiratoire); on sait également du Dr J. \_\_\_\_\_, pneumologue FMH (voir lettre du 18.07.2006) que la spirométrie est peu altérée, que la gazométrie révèle une légère baisse de la concentration d'O<sub>2</sub> au repos : ces éléments ne sont pas incapacitants dans une activité sédentaire, sans effort physique.

En conclusion, Me Djurdjevac n'apporte pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'exigibilité et les conclusions que l'on retrouve dans le rapport d'examen SMR du 06.12.2005 et dans l'avis médical du 18.03.2008 ».

Par décision du 8 janvier 2009 reprenant les termes du projet de décision du 3 juin 2008, l'OAI a confirmé le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2007 et à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2007.

**B.** Toujours représenté par Mme Natasa Djurdjevac Heinzer, Q.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 8 janvier 2009 par acte du 9 février 2009, en concluant principalement à sa réforme dans le sens du droit à une rente entière d'invalidité dès le 25 mars 2004 et, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Il soutenait que l'OAI avait retenu à tort que l'on pouvait exiger de lui qu'il travaillât à plein temps dans une activité adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles et qu'il n'était en incapacité totale de travailler qu'à partir du mois de novembre 2007. Il estimait à cet égard que l'administration avait écarté sans fondement l'expertise psychiatrique de décembre 2004, le rapport du COPAI, de même que les avis des Drs S.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, et qu'il était totalement illusoire de considérer qu'il pouvait mettre à profit une capacité de travail dans une activité du type de celles évoquées par l'autorité intimée.

Dans sa réponse du 25 juin 2009, l'OAI a confirmé sa position selon laquelle la reprise d'une activité professionnelle adaptée, ne nécessitant pas de formation complémentaire, était pleinement exigible de décembre 2003 à juin 2007

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

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, 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 à la forme.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'intimée entre mars 2004 et 2007.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce (cf. actuellement art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Selon l'art. 29 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 2, 1ère phrase).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être

limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telles, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3 et les références).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**c)** L'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 cons. 2c; RCC 1991 p. 329 consid. 3c; TF 9C\_382/2007 du 13 novembre 2007). En outre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes et ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une

pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; TFA I\_129/02 du 29 janvier 2003, consid. 3.2).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) se fonderont sur les avis des médecins (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261 s.; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c p. 314 s.; 105 V 156 consid. 1 p.158 s.). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (arrêt I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2 in fine). En d'autres termes, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (arrêts 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 5.2, U 38/03 du 8 mars 2004 consid. 4.1 et U 240/99 du 7 août 2001 consid. 3c/aa, in RAMA 2001 no U 439 p. 347 et in SVR 2002 UV no 15 p. 49 s.) (TF 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010, consid. 5.2).

**4.** Le requérant soutient que l'administration retient à tort qu'il pouvait travailler dans une activité adaptée à plein temps jusqu'au mois de juin 2007, lorsqu'il a été hospitalisé. Il estime que l'OAI écarte sans fondement l'expertise psychiatrique de décembre 2004 concluant à une invalidité de 100 %, le diagnostic de silicose pulmonaire et la totale incapacité de travail posés par le Dr J.\_\_\_\_\_ depuis mai 2006, le rapport du COPAI mentionnant des rendements entre 35 et 55 %, ainsi que l'avis médical du Dr S.\_\_\_\_\_. Il considère aussi que compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de son âge (presque 54 ans au moment de la décision litigieuse), de son absence de formation, de son illettrisme, de son niveau intellectuel inférieur à la moyenne et du fait qu'il n'a jamais exercé d'autre activité professionnelle que celle de maçon ou tailleur de pierre, il est totalement illusoire de considérer qu'il peut mettre en valeur une capacité de travail dans une activité du type de celles évoquées par l'autorité intimée. Pour sa part, l'OAI expose que le rapport des Drs Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ de décembre 2004 n'est pas une expertise et que la fixation du degré d'invalidité n'est pas de leur compétence, que le Dr J.\_\_\_\_\_ n'atteste pas expressément d'incapacité de travail pour la

problématique pulmonaire et que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée à 100 % depuis décembre 2003, soit lorsqu'il était âgé de 48 ans, jusqu'à juin 2007.

Du point de vue somatique, tous les médecins consultés s'accordent à reconnaître que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de tailleur de pierre. Il est constant que celui-ci souffre de troubles du rachis, ce qui conduit, le 19 mai 2004, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assurance-maladie, à considérer que l'on peut exiger de lui qu'il exerce à plein temps une activité adaptée ne nécessitant pas d'efforts, de port de charge de plus de dix kilos ou de position debout prolongée. Dans son rapport du 21 novembre 2005, le SMR a retenu au surplus une discrète gonarthrose et un flexum de l'interphalangienne proximale de l'index droit, et listé ainsi de façon plus détaillée les limitations fonctionnelles à respecter; le service médical a également estimé que le recourant pouvait mettre à profit une capacité de travail à 100 % dans une activité respectant ces diverses restrictions fonctionnelles. Même si les avis des médecins priment en règle générale les conclusions des maîtres de stage, on ne peut ignorer, à la lecture du rapport du 18 janvier 2007 du Centre L.\_\_\_\_\_, le fait que toute l'équipe d'observation est d'avis que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dans une activité adaptée (soit simple, répétitive et légère, en privilégiant la position assise, sans mouvements d'amplitude pour le membre supérieur droit) est de 100 %. La directrice et le maître socioprofessionnel exposent de manière convaincante que la différence entre les rendements mesurés (entre 35 et 55 %, cf. rapport p. 6 in fine) et leur évaluation de la capacité de travail résiduelle s'explique par un comportement peu collaborant et une attitude passive et indifférente. De surcroît, la Dresse K.\_\_\_\_\_ fait le même constat dans son rapport du 22 décembre 2006; en effet, elle considère que l'atteinte physique ne contre-indique pas la reprise à plein temps d'une activité simple et légère, répétitive, permettant l'alternance des positions et ne demandant pas de réflexion; elle ne prévoit pas de baisse rendement notable en raison du comportement du recourant durant le stage, soit que celui-ci a œuvré sur la retenue, a collaboré à plusieurs reprises de façon discutable et a porté

un soin tout particulier à répéter des stratégies très démonstratives visant à insister sur les plaintes subjectives. On relève aussi que, lors des examens physiques des 13 novembre et 4 décembre 2006 (cf. rapport, p. 2), l'intéressé s'est montré extrêmement démonstratif et agressif, à la collaboration limitée; il a entravé l'examen ostéo-articulaire en générant de très nombreux phénomènes de contre-poussées et en refusant certaines manœuvres comme se laisser fléchir le tronc en avant; en outre, par diversion ou lors de l'observation simple de l'habillage et du déshabillage, ainsi que des alternances de positions et de la déambulation, la praticienne a noté une très importante discordance entre les plaintes du patient et les limitations objectivables, en définitive très peu importantes. Le 18 mars 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR considère que le recourant présentait, jusqu'au 7 juin 2007, jour de son hospitalisation à V. \_\_\_\_\_, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques. Enfin, le Dr S. \_\_\_\_\_ estime pour sa part que son patient est en incapacité de travailler à 100 % depuis le 25 mars 2004, ce qu'il a confirmé dans sa lettre du 23 juillet 2008. Or, outre le fait que l'appréciation de la capacité de travail exigible du médecin traitant doit être retenue avec circonspection en raison du lien de confiance tissé avec son patient, le Dr S. \_\_\_\_\_ est le seul médecin à considérer que l'intéressé présente une incapacité de travail totale et définitive à partir du 25 mars 2004. Se prévalant de « l'avis médical du Dr S. \_\_\_\_\_ », le recourant se borne à soutenir qu'il y a lieu d'en tenir compte sans expliquer en quoi cette appréciation devrait être préférée à celle des autres médecins. On ne voit par conséquent aucune raison de s'écarter de l'opinion de ces derniers selon laquelle le recourant pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, à tout le moins depuis le 19 mai 2004, date d'évaluation du Dr M. \_\_\_\_\_, jusqu'à juin 2007. Les facteurs évoqués par le recourant pour soutenir qu'il est illusoire et irréaliste de considérer qu'il peut mettre en valeur une capacité de travail résiduelle dans une activité du type de celles évoquées par l'autorité intimée ne sont pas déterminants. D'une part, on ne voit pas que le marché du travail serait inaccessible aux personnes sans formation professionnelle, illettrées et au niveau intellectuel inférieur à la moyenne. L'intéressé a par ailleurs pu exercer les deux professions de maçon et tailleur de pierre

apparemment sans que cela ne pose de problèmes particuliers. Au demeurant, dans son rapport du 18 janvier 2007, le Centre L. \_\_\_\_\_ mentionne quelques domaines dans lesquels le recourant pourrait travailler, à savoir ceux du conditionnement pas trop fin, de l'alimentation, de machines-outils automatiques ou semi-automatiques, ou tout autre travail ne faisant pas appel à de la réflexion. D'autre part, la tranche d'âge durant laquelle l'intéressé était en mesure d'exercer une telle activité, soit entre 49 et 52 ans, est éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C\_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008, I\_1034/06 du 6 décembre 2007, I\_61/05 du 27 juillet 2005, I\_819/04 du 27 mai 2005, I\_462/02 du 26 mai 2003, I\_617/02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002). Le recourant se méprend à ce sujet en faisant valoir que le moment déterminant est celui de la date de la décision litigieuse, soit au moment où il a presque 54 ans; en effet, dès lors que l'OAI reconnaît qu'il présente une pleine incapacité de travail d'ordre psychiatrique à partir de juin 2007, la question de savoir si on peut considérer qu'il peut encore mettre à profit sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail compte tenu de son âge ne se pose plus.

Concernant l'affection pulmonaire, le Dr H. \_\_\_\_\_ indique, le 18 avril 2006, que le recourant présente des micro-nodules sous-pleuraux non calcifiés avec de multiples adénopathies hilaires bilatérales évoquant en premier lieu, chez les radiologues, une sarcoïdose pulmonaire; l'intéressé était toutefois asymptomatique, ce que le Dr S. \_\_\_\_\_ constate également à la même période (le 27 avril 2006) en expliquant que son patient est peu symptomatique avec quelques épisodes de toux productive jaune ou verte (pas de sang) itératifs mais non continu. Le 18 juillet 2006, le Dr J. \_\_\_\_\_ expose que le diagnostic de silicose peut être retenu avec une grande vraisemblance, mais que les éléments sont toutefois insuffisants pour que le cas soit annoncé à la CNA. Contrairement à ce que voudrait faire croire le recourant, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a jamais attesté d'incapacité totale de travailler en raison de cette atteinte à la santé diagnostiquée par lui; en effet, tel que le relève justement l'autorité

intimée, lorsque le praticien indique, dans sa lettre du 16 juillet 2008, que son patient était en incapacité totale de travailler lorsqu'il l'a vu la première fois le 8 mai 2006, il ne fait que rapporter un état de fait; pour autant, cela ne veut pas dire qu'il a lui-même certifié une telle incapacité de travail depuis mai 2006 et encore moins que celle-ci perdurerait. Enfin, le 31 janvier 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la CNA, estime qu'hormis la présence d'un certain nombre d'adénopathies hilaires et médiastinales, les radiographies en sa possession ne permettent pas de poser le diagnostic de silicose avec certitude ou grande probabilité; il note aussi que les fonctions pulmonaires sont quasi normales. En définitive, force est de constater que le recourant n'a jamais présenté suffisamment de symptômes justifiant un arrêt de travail et que son état de santé est stable du point de vue pulmonaire.

Sous l'angle psychique, le 16 décembre 2004, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ diagnostiquent un trouble de la personnalité autre (F60.8) et une suspicion de fonctionnement intellectuel limite (F41.8). Ils mentionnent une symptomatologie dépressive, épisode dépressif moyen, qu'ils ne relient toutefois pas formellement à un diagnostic selon la classification internationale des maladies. Le fait de considérer que l'octroi d'une rente AI à 100 % leur semble justifié dans le cas particulier n'est effectivement pas de leur ressort, dans le sens où la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, de manière à ce que l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) puisse calculer le degré d'invalidité (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). On ne saurait donc en déduire, comme le soutient le recourant, que les spécialistes ont conclu à une totale incapacité de travail. Le 21 novembre 2005, le SMR indique que son examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques; ainsi, sur la base d'un examen clinique dans les limites de la norme, le service médical

constate que l'assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et que la capacité de travail exigible est entière dans toute activité. Enfin, dans leurs rapports respectifs des 22 décembre 2006 et 18 janvier 2007, la Dresse K.\_\_\_\_\_ et les maîtres de stage du Centre L.\_\_\_\_\_ ne font état d'aucune limite fonctionnelle d'ordre psychiatrique. Ce n'est qu'au cours de l'hospitalisation du recourant du 7 juin au 24 juillet 2007 à la Clinique psychiatrique **de Cery** qu'il a été diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), toujours présent le 24 janvier 2008 selon le rapport des Drs W.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. De même, ce n'est qu'après son hospitalisation à V.\_\_\_\_\_ que le recourant a débuté un suivi psychiatrique à [...]. Dans ces circonstances, il faut retenir qu'il ne souffrait, jusqu'à son entrée en clinique en juin 2007, d'aucune atteinte psychiatrique susceptible de l'empêcher d'exercer une activité professionnelle. C'est donc à juste titre que le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR considère, dans son avis du 18 mars 2008, que l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir du 7 juin 2007 sous forme d'une décompensation dépressive et que, pour la période antérieure, il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques.

**5.** Au vu de ce qui précède, la décision contestée n'est pas critiquable, ce qui conduit à son maintien et au rejet du recours.

**6.** Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 9 février 2009 par Q. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- CAP Protection Juridique SA (pour Q. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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 :