

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Monod et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

R. _____, à Renens, recourant, représenté par CAP Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI, 16 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R. _____ (ci-après : l'assuré), né le [...], marié et père de deux enfants, exerçait la profession de maçon. Le 24 juin 1996, il a interrompu son activité professionnelle en raison de l'exacerbation de douleurs dorsales (lombalgies chroniques et spondylolyse L5 bilatérale), dont il souffrait depuis plusieurs années. Il résulte d'un rapport médical du 11 octobre 1996 des Drs Q. _____ et A. _____ qu'un traitement ambulatoire puis une hospitalisation au Service de rhumatologie du T. _____ (ci-après : T. _____) du 9 au 27 septembre 1996 n'ont pas apporté d'amélioration notable.

b) Le 5 juin 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans un rapport du 19 mars 1998 adressé à l'OAI, son médecin traitant, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté une incapacité de travail totale dès le 24 juin 1996.

c) Afin d'évaluer le droit aux prestations, l'OAI a mis en œuvre un stage dans un N. _____ (ci-après : N. _____) dès le 9 novembre 1998. Ce stage a toutefois été interrompu prématurément le 17 novembre 1998 à la suite d'une nouvelle incapacité de travail attestée par le Dr D. _____. Le rapport du N. _____ ayant mis en évidence une surdité partielle de l'assuré, l'assurance-invalidité (ci-après : AI) a pris en charge la pose d'un appareil auditif en février 1999.

d) Une expertise médicale pluridisciplinaire a ensuite été confiée au F. _____ (ci-après : F. _____), dont le rapport de synthèse, établi le 8 septembre 2000, faisait notamment état d'un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de lombo-pseudo-sciatalgies gauches, d'un état anxio-dépressif d'intensité légère à modérée et de troubles statiques et dégénératifs avec spondylolyse isthmique bilatérale L5, sans lysthésis. Selon les auteurs de ce rapport, les Drs J. _____, P. _____ et V. _____, l'incapacité de travail dans la profession

de maçon était de l'ordre de 70 %, alors qu'elle était de 50 % dans une activité légère n'impliquant ni port de charge lourde ni position statique durant plus d'une à deux heures. Ces praticiens se fondaient sur leurs propres observations cliniques, sur les résultats d'un examen rhumatologique pratiqué le 15 mars 2000 par le Dr C._____, sur les résultats d'un examen psychiatrique pratiqué le 16 mars 2000 par la Dresse H._____, ainsi que sur une discussion de synthèse avec le Dr S._____, rhumatologue, et la Dresse B._____, psychiatre.

e) Dans une prise de position du 15 février 2001, le Dr U._____, médecin-conseil de l'OAI, a proposé de retenir une pleine capacité de travail dans un emploi adapté, au motif que le syndrome somatoforme douloureux ne constituait pas en soi une maladie invalidante au sens de l'AI et que l'avis psychiatrique spécialisé contenu dans le rapport de synthèse du F._____ du 8 septembre 2000 (p. 11-12) et discuté dans le cadre du colloque de synthèse pluridisciplinaire (p. 14-15) n'avait pas mis en évidence de comorbidité psychiatrique grave, mais faisait état d'éléments contextuels qui sortaient du champ médical.

B. a) Dans un projet de décision du 8 juin 2001, l'OAI, suivant l'avis de son service médical, a considéré que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans un emploi adapté et que le taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus était de 17 %, de sorte que la demande de prestations devait être rejetée.

Le 6 août 2001, l'OAI a pris position sur les objections soulevées par l'assuré à l'encontre de ce projet, en constatant que l'assuré ne présentait pas une affection psychiatrique suffisamment grave pour entraver durablement sa capacité de gain et que sur le plan somatique, son état de santé ne faisait pas obstacle à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Le 15 août 2001, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 8 juin 2001.

b) L'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, qui a rejeté le recours par jugement du 28 août 2003. Le Tribunal a constaté que, du point de vue physique, la capacité de travail du recourant était totale dans une activité légère n'imposant pas le port de charge ni la position statique pendant plus d'une ou deux heures; sur le plan psychique, l'intéressé ne présentait pas d'affection importante, les troubles recensés trouvant essentiellement leur explication et leur source dans le champ socioculturel et psychosocial.

c) Par arrêt du 9 décembre 2004 (TFA I_701/03), le Tribunal fédéral des assurances a partiellement admis le recours interjeté par l'assuré contre ce jugement, en ce sens que celui-ci ainsi que la décision rendue le 15 août 2001 par l'OAI ont été annulés, l'affaire étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le Tribunal a exposé que la juridiction cantonale avait retenu à juste titre, en se fondant sur le rapport d'expertise du F._____, que s'agissant des seules atteintes à sa santé physique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère n'imposant pas le port de charge ni la position statique pendant plus d'une ou deux heures. Il a en revanche considéré que l'affirmation de la juridiction cantonale, selon laquelle « sur le plan psychique, l'intéressé ne présente pas d'affection importante, les troubles recensés trouvant essentiellement leur explication et leur source dans le champ socioculturel et psychosocial », ne convainquait pas. S'il fallait certes relativiser la valeur probante du rapport psychiatrique établi par la Dresse H._____ le 16 mars 2000 – qui attestait une incapacité de travail de 60 %, « étant donné le contexte socio-culturel et psychiatrique » dans lequel vivait l'assuré, sans véritablement expliquer en quoi le contexte social décrit entraînait, dans le cas particulier, des troubles psychiques invalidants –, la faible valeur probante de ce rapport médical ne permettait toutefois pas de nier d'emblée une incapacité de travail en raison de troubles somatoformes douloureux, sans autre analyse. Cela valait d'autant plus que les Drs J._____, P._____ et V._____ avaient eux-mêmes attesté une incapacité de travail de 50 %, après avoir discuté avec la Dresse B._____ du rapport établi par la Dresse H._____. Dans ces conditions,

le rapport du F._____, à défaut d'emporter pleinement la conviction, justifiait la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise relative à la capacité de travail de l'assuré compte tenu de son état de santé psychique.

C. **a)** Ensuite de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Du rapport de l'expert du 10 juin 2005, qui contient une anamnèse de l'assuré faisant également état des plaintes et descriptions de ce dernier (p. 3-7), un résumé du dossier médical (p. 8-10), les constatations cliniques de l'expert (p. 10-15), les sources d'information extérieures (p. 16), la discussion du cas (p. 17-21), les diagnostics et conclusions (p. 21-22) et les réponses aux questions de l'OAI (p. 22-24), il résulte notamment ce qui suit :

En dehors d'un contexte de conflits assécurologiques et de luttes pour la reconnaissance de sa souffrance, en dehors aussi des nombreux commentaires et observations de l'épais dossier, l'expert se dit frappé dans son examen par le décalage entre la vision de souffrances et de maladie de l'assuré et sa présentation clinique. Il expose avoir rencontré un homme plutôt actif, agile, bien concentré, défendant sa cause, très spontané dans sa langue maternelle et sans signe d'un état dépressif manifeste en ce moment. Cette observation se fait de plus en absence d'une prise d'antidépresseur, comme cela ressort d'une analyse de dosage médicamenteux effectuée en laboratoire.

Il existe de plus de nombreuses contradictions et incohérences entre les premières descriptions spontanées de l'assuré en ce qui concerne son emploi du temps et son rayon d'activité et les précisions qu'il est obligé de faire par la suite. Ce qui est par contre linéaire et cohérent est son insertion dans une croyance d'être malade, également son comportement et la mobilisation d'aide et de compassion autour de lui. Ce qui est conditionné de sa part semble entièrement réceptionné, sans aucune distance critique, de la part de son épouse qui semble, elle, être entrée dans une dynamique de co-dépendance.

Pour appuyer ses conclusions concernant l'état thymique de l'assuré qu'il décrit, l'expert se réfère aux critères de l'OMS habituellement utilisés (Critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur, [ci-après : CIM-10] chapitre F32). En observant l'absence ou la présence de différents critères pour l'expertisé en question, l'expert conclut à l'absence d'état dépressif dans le sens clinique du terme.

En ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux, l'expert souligne temps qu'il s'agit là d'une entité diagnostique qui est établie soit par voie d'exclusion, soit uniquement d'une manière descriptive, et qui ne représente pas en soi une valeur de maladie. Se référant aux critères de Mosimann pour déterminer la présence d'un trouble somatoforme à valeur invalidante, l'expert constate notamment qu'il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, qu'il existe des divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, que les plaintes de l'assuré le laissent insensible, que l'assuré n'observe pas les prescriptions médicamenteuses, que l'assuré ne présente pas une structure de personnalité à traits prémorbides, qu'il y a une affection corporelle chronique, sans rémission durable, sous la forme de cervico-lombo-dorsalgies mais qu'il n'existe pas de comorbidité psychiatrique importante.

Il ressort ainsi des réflexions de l'expert que l'on se trouve dans une situation à plusieurs titres plutôt bénigne, sans comorbidité psychiatrique importante, sans élément invalidant sur le plan somatoforme. L'expert interprète en conséquence le mal-être fluctuant (non linéaire et maintenu) en analogie comme un problème dysthymique. Le code diagnostique OMS actuel ne permettant pas de retenir un terme de ce type de négativisme, d'abattement et de souffrances par conviction personnelle, ce diagnostic paraît à l'expert le plus approprié car contenant des éléments « dépression-like », par exemple la notion de fluctuation et des éléments anxieux.

L'expert pose ainsi les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1 dans la CIM-10), et, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (et sociales) (F68.0). L'expert relève qu'il se trouve dans cette appréciation diagnostique relativement proche de ce que d'autres examinateurs ont postulé et noté, à la différence près que, à son avis, une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques ne dépasserait en aucun cas un 30 %. Selon l'expert, il est relativement difficile et arbitraire de pondérer entre les termes mentionnés, de déterminer dans quelle mesure la notion de majoration diminue l'impact, mais on se situe clairement dans un registre où, d'un point de vue médico-théorique, l'assuré pourrait mobiliser au moins un 70 % de son énergie psychique dans toutes les activités déterminées comme possibles dans le cadre des limitations rhumatologiques. En d'autres termes, l'incapacité de travail dans une activité adaptée est au maximum de 30 % pour des raisons psychiatriques. Cela étant, l'expert souligne qu'il est évident que le processus d'autoconfirmation, de « sinistrose » ou d'invalidation est avancé et fixé à un tel point qu'un retour à une activité paraît très peu probable. L'expert indique cependant avoir réceptionné tout de même le commentaire étonnant de l'assuré disant au fond être d'accord avec l'idée qu'une activité lui ferait du bien et que sa question « quoi faire ? » relevait plutôt de la réalité conjoncturelle et sociale que d'un concept de totale incapacité personnelle.

b) Dans un avis du Service médical régional de l'AI, à Vevey (ci-après : SMR) du 12 août 2005, le Dr L. _____ a relevé que l'expert psychiatre ne retrouvait pas d'état dépressif, un dosage des antidépresseurs montrant même que l'assuré ne prenait pas l'antidépresseur prescrit comme il le disait, et qu'il ne disait donc pas la vérité; l'expert ne retrouvait pas non plus de trouble somatoforme invalidant selon les critères de Mosimann et il estimait que l'on se trouvait devant une situation plutôt bénigne sans comorbidité psychiatrique importante et sans élément invalidant sur le plan somatoforme; le mal-être fluctuant présenté par l'assuré correspondait plutôt à une dysthymie.

Sur la base des conclusions de l'expertise psychiatrique, dont il ressortait que l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques ne dépassait en aucun cas 30 % et que l'assuré pouvait mobiliser au moins un 70 % de son énergie psychique dans un travail ménageant son dos, le Dr L. _____ a retenu que l'assuré ne pouvait travailler à plus de 30 % comme maçon mais que dans toute activité adaptée pour son dos, sa capacité de travail était de 70 %, le seul diagnostic psychiatrique ayant une influence sur sa capacité de travail restant la dysthymie, l'état dépressif n'étant pas retrouvé et le syndrome douloureux somatoforme persistant n'ayant pas de valeur invalidante au sens de l'AI.

c) Le 13 octobre 2005, l'assurance de protection juridique de l'assuré a remis à l'OAI un avis médical du Dr Z. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant de l'assuré depuis décembre 2004, dans lequel ce praticien considérait que l'assuré présentait une dépression atypique, qui ne répondait par ailleurs que partiellement à la médication antidépressive, et que certains propos de l'assuré envers d'autres personnes faisaient suspecter des traits d'une personnalité paranoïaque. Le Dr Z. _____ considérait que la combinaison « dépression atypique plus traits de personnalité paranoïaque plus troubles somatoformes » n'avait que très peu de chances d'évoluer favorablement, et estimait personnellement l'incapacité de travail pour raisons psychiatriques à 70 %.

d) Sur le vu des divergences d'appréciation entre les Drs M. _____ et Z. _____, l'OAI a fait procéder à un examen psychiatrique au SMR, qui a eu lieu le 1^{er} novembre 2006. Dans son rapport d'examen du 6 décembre 2006, le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a notamment indiqué ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion sur la capacité de travail :
 - Dysthymie (F34.1).
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
 - Majoration de symptômes psychiques pour des raisons physiques (F68.0)

APPRÉCIATION DU CAS

Nous nous trouvons en face d'un assuré dont l'examen est particulièrement difficile, voir le caractère fuyant et évitant de l'assuré par rapport à des questions portant sur son vécu psychique actuel et portant sur la reconstruction de la vie quotidienne. Je confirme le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (même si on a des doutes, s'il y a vraiment une souffrance issue directement des douleurs, présentes pendant presque toute la journée et presque tous les jours, difficile à objectiver vu la collaboration insuffisante de l'assuré).

Il est clair que l'assuré présente une grande souffrance psychique issue de sa fausse conviction de souffrir d'une atteinte à la santé physique et incapacitante et du fait qu'il se heurte contre les séquelles (entre autres financières) de la mise en arrêt maladie qui en résulte. La souffrance psychique issue de sa situation de vie est authentique et provoque des ruminations mentales assez importantes, et qui diminuent l'attention de l'assuré. Ceci constitue des limites fonctionnelles psychiatriques, et j'estime, comme le Dr M. _____, la diminution de la capacité de travail à 30 % de sorte que la capacité de travail exigible serait de 70 %. Ses ruminations mentales s'inscrivent dans le cadre d'une dysthymie (ancienne terminologie : dépression névrotique) qui, ainsi, dans le cas de l'assuré, constitue une atteinte à la santé partiellement incapacitante.

Par contre, le syndrome douloureux somatoforme persistant est, sur le plan juridique, une condition pour laquelle il y a une présomption qu'elle n'est pas invalidante. Dans le cas de l'assuré, on ne peut pas se libérer de la suspicion que l'assuré nous cache une partie des informations nécessaires pour apprécier le caractère incapacitant du syndrome douloureux avec peu de substrat somatique. L'attitude fort démonstrative, non authentique, est un de plusieurs indices que, dans le cas de l'assuré, il ne s'agit pas d'un cas inhabituellement sévère de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il y a une contradiction élatante entre la gravité des douleurs alléguées et le fait que l'assuré arrive à assumer la plupart des tâches ménagères, après que son épouse soit devenue incapable de les assumer depuis 1 ou 2 ans, selon l'assuré. Et en plus, il arrive à faire les trajets en minibus de Suisse au Portugal en dehors des autoroutes au cours de 17 heures en tant que passager.

L'expertise du Dr M. _____ est particulièrement soigneusement faite et témoigne d'un entretien psychiatrique touchant l'essentiel des problèmes de l'assuré. A mon avis, il n'y a aucune raison de ne pas suivre les indications de cet expert.

Les limitations fonctionnelles

Ruminations mentales importantes portant sur sa fausse conviction d'être invalide ostéoarticulaire, entraînant une diminution de l'attention et de la concentration.

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

Depuis le 24.06.96.

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

Depuis lors, il y a une prescription d'une incapacité de travail de 100 %. A mon avis, que je partage avec le Dr M._____, une prescription de 30 % est justifiée ».

e) Le 20 mars 2007, la Division réadaptation de l'OAI a établi son rapport final, dont il ressortait ce qui suit :

« Suite au rapport d'expertise du SMR du 1^{er} novembre 2006, il convient d'admettre une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, ce pour des raisons essentiellement psychiatriques. Les limitations fonctionnelles justifiant un taux de 70 % et non une pleine capacité sont les suivantes : ruminations mentales importantes portant sur la fausse conviction d'être invalide ostéoarticulaire entraînant une diminution de l'attention et de la concentration.

L'assuré étant persuadé de ne plus pouvoir travailler et contestant la capacité de travail de 70 % déjà établie lors de l'expertise du Dr M._____ du 10.06.2005, la mise en place de mesures professionnelles n'est pas envisageable.

Dès lors, nous allons procéder à une approche théorique de la capacité de gain de notre assuré en nous référant à la méthode de détermination du revenu d'invalide selon l'ESS. Nous n'avons retenu que le facteur "taux d'occupation" comme facteur de réduction pour le calcul du salaire exigible, les limitations liées au handicap ayant déjà été retenues dans l'appréciation médicale.

Revenu sans atteinte à la santé (RS) : l'assuré aurait pu poursuivre son activité de maçon et il aurait pu prétendre en 1997 à un salaire annuel moyen de Fr. 56'340.- (23.55 x 42.5 x 4,33 x 13) pour un plein temps selon le questionnaire employeur du 13.08.1997.

Concernant le revenu d'invalide (RI) : dans des activités industrielles légères (montage, etc.), l'assuré aurait pu prétendre à un revenu de Fr. 36'073.- à 70 % en 1997 (cf. annexe) ».

D. **a)** Le 19 février 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente. Il y retenait en bref que l'assuré avait exercé une activité de maçon qui n'était plus exigible en raison de son état de santé. Au vu de sa capacité de travail estimée entière dans une activité adaptée, l'assuré avait effectué des mesures professionnelles sous forme d'un stage d'observation, qui avait été interrompu prématurément. Suite à

l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 9 décembre 2004, une expertise psychiatrique avait été mise en œuvre. Au vu des dernières pièces médicales, il convenait d'admettre que l'assuré avait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Comme l'assuré n'avait pas souhaité bénéficier de mesures professionnelles, l'OAI avait procédé à une approche théorique de la capacité de gain. La comparaison du revenu sans invalidité (56'340 fr.) avec un revenu hypothétique d'invalidé dans une activité légère de substitution à 70 %, compte tenu d'un abattement de 5 % (36'073 fr.), aboutissait à un degré d'invalidité de 35.97 %, qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

b) Le 3 avril 2008, agissant toujours par l'intermédiaire de sa protection juridique, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision.

c) Le 12 mai 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente identique à son projet du 19 février 2008, accompagnée d'une lettre explicative dans laquelle il a répondu aux objections soulevées le 3 avril 2009 par l'assuré.

E. a) L'assuré, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, a recouru contre cette décision par acte du 10 juin 2009, en concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 juin 1996. Selon lui, à la lecture des expertises réalisées dans ce dossier, il convenait de constater que les différents experts ne contestaient pas, bien au contraire, l'existence des troubles somatoformes persistants; les divergences entre les experts ne portaient finalement que sur l'incidence de ces troubles sur sa capacité de travail. L'expert M. _____ estimait qu'il pouvait mobiliser au moins 70 % de son énergie psychique, tout en relevant que le processus d'invalidation était fixé à un tel point qu'un retour à une activité paraissait très peu probable. Quant au Dr Z. _____, qui le suivait depuis des années, il estimait sa capacité de travail à 30 % au maximum. Au vu des différentes pièces du dossier et de la sévérité et de la persistance des troubles somatoformes, le recourant estimait qu'une mise en valeur

de sa capacité de travail ne pouvait pratiquement plus être exigée de sa part et que celle-ci était illusoire, comme le mentionnait du reste le Dr M._____. Par ailleurs, il ne faisait pas l'ombre d'un doute qu'il n'avait cessé de subir, depuis le début de son incapacité de travail, une perte d'intégration sociale et qu'il remplissait les conditions d'un état psychique cristallisé.

Le recourant a également fait grief à l'OAI de ne pas avoir entrepris les démarches nécessaires pour déterminer s'il pouvait être reclassé dans une nouvelle profession et, le cas échéant, déterminer la ou les professions adéquates; il estime dès lors que le dossier devrait être renvoyé à l'OAI pour procéder à une nouvelle instruction.

Enfin, le recourant critiquait l'abattement de 5 % retenu par l'OAI sur le salaire d'invalidé ressortant des statistiques, lequel ne prenait pas en compte l'ensemble de ses problèmes en application de la jurisprudence. En effet, compte tenu de son âge, du fait qu'il n'avait plus travaillé depuis 1996, de ses limitations fonctionnelles, de sa surdité, de l'absence de formation professionnelle, de la perte d'intégration sociale et du fait qu'il avait énormément de peine à parler et à comprendre le français, il convenait d'admettre que l'on se trouvait en présence d'éléments justifiant un abattement maximal de 25 pour-cent.

b) Le 15 juin 2009, le recourant a produit un courrier adressé le 10 juin 2009 à son conseil par le Dr Z._____, lequel exposait ce qui suit :

« L'état de santé de ce patient s'est plutôt aggravé ces deux dernières années. L'humeur est sombre, le patient n'a plus d'entrain ni d'envies, il se culpabilise massivement d'avoir entraîné sa famille dans la misère par ses problèmes de santé. Quand un des fils vient en visite du Portugal, c'est eux qui portent le père plutôt que l'inverse. L'état dépressif du patient s'est aggravé notamment avec deux événements familiaux : d'une part, la santé psychique péjorée de l'épouse, d'autre part, le suicide du frère du patient par pendaison, en septembre 2007, sans aucun signe précurseur. Le patient craint que lui sera le prochain à se suicider. La médication antidépressive a diminué les altercations dans le couple, le patient dit pleurer moins souvent, mais les idées noires et le dégoût de la vie restent.

J'en conclus à une dépression moyenne à grave récidivante, accompagnant les douleurs chroniques, et seulement partiellement traitable par des antidépresseurs. Dans cet état, le patient est à considérer comme entièrement invalide.

Dans la réponse de l'AI du 12.05.2009, cette dépression moyenne à grave est massivement banalisée en parlant uniquement d'un trouble dysthymique. Il faut souligner, qu'un trouble dysthymique doit être défini en fonction de la gravité et la durée des symptômes, durée qui évidemment est impossible à constater objectivement par un expert qui voit le patient à une seule reprise ».

c) Dans sa réponse du 23 juillet 2009, l'OAI a exposé qu'en l'état du dossier, il ne pouvait que confirmer la décision attaquée. Il se référait en particulier aux explications données lors de la procédure d'audition, à l'occasion de laquelle il s'était prononcé sur les griefs du recourant (cf. lettre D.c supra). En ce qui concernait le courrier du 10 mai 2009 du Dr Z._____, produit à l'appui du recours, l'OAI relevait deux points : d'une part, l'examen clinique effectué au SMR le 1^{er} novembre 2006 avait été organisé pour éclaircir la situation suite à la production d'un rapport du même Dr Z._____, qui à l'époque déjà retenait une incapacité de travail bien supérieure à celle retenue dans l'expertise du Dr M._____; d'autre part, selon la jurisprudence, les états dépressifs constituaient des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1); partant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique devait être niée dans un tel cas et, en l'absence de cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance, le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux ne pouvait être admis en l'espèce. L'OAI a dès lors proposé le rejet du recours.

d) Invité à fournir le cas échéant ses explications complémentaires sur la réponse de l'intimé du 23 juillet 2009 et à produire toutes pièces éventuelles et présenter ses réquisitions (expertise, audition de témoins, etc.), le recourant a indiqué par écriture du 12 août 2009 s'en tenir entièrement aux conclusions de son recours du 10 juin 2009.

E n d r o i t :

1. a) 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par R. _____ contre la décision rendue le 12 mai 2009 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant présente un degré d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Sont plus particulièrement litigieux la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5 infra) ainsi que la détermination du revenu d'invalidité (cf. consid. 6 infra).

3. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^e révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA I_7/05 du 17 mai 2005, consid. 2, et I_249/04 du 6 septembre 2004, consid. 4).

4. a) En vertu de l'art. 28 LAI (et auparavant de l'art. 29 LAI), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins au terme d'un délai d'attente d'une année.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

b) 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; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I_274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I_562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de

nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I_514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; TFA 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

d) 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; VSI 2001 p. 224 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; 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. 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).

5. a) En l'espèce, le Tribunal fédéral des assurances a exposé dans son arrêt du 9 décembre 2004 (cf. lettre B.c supra) que le Tribunal des assurances du canton de Vaud avait retenu à juste titre, en se fondant sur le rapport d'expertise du F. _____ (cf. lettre A.d supra), que s'agissant des seules atteintes à sa santé physique, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère n'imposant pas le port de charge ni la position statique pendant plus d'une ou deux heures. En l'absence de tout élément médical nouveau, il n'y a pas lieu de revenir sur cette constatation. Seule se pose donc la question de l'incapacité de travail du recourant pour des motifs psychiatriques, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Au vu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé par les experts du F. _____ dans leur rapport de synthèse

du 8 septembre 2000 (cf. lettre A.d supra), par le Dr M._____ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 juin 2005 (cf. lettre C.a supra) et par le Dr W._____ dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 décembre 2006 (cf. lettre C.d supra), il sied tout d'abord d'examiner, au regard des critères dégagés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 4d supra), si l'on se trouve dans un cas exceptionnel où l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs.

A cet égard, force est tout d'abord de constater que le recourant ne présente pas une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. En effet, alors que les experts du F._____ avaient retenu en 2000 un état anxio-dépressif d'intensité légère à modérée (cf. lettre A.d supra), tant le Dr M._____, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 juin 2005 (cf. lettre C.a supra), que le Dr W._____, dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 décembre 2006 (cf. lettre C.d supra), ont posé le diagnostic de dysthymie (F34.1), soit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. Ces deux rapports satisfont en tous points aux critères posés par la jurisprudence pour leur accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra), et leurs conclusions concordantes, qui sont dûment motivées et convaincantes, doivent être retenues. Les avis médicaux du Dr Z._____, médecin traitant, des 10 octobre 2005 (cf. lettre C.c supra) et 10 juin 2009 (cf. lettre E.b supra), qui sont beaucoup moins fouillés, ne contiennent pas d'éléments objectifs qui permettraient de remettre en cause le diagnostic de dysthymie, posé de manière concordante par les Drs M._____ et W._____, au profit d'une « dépression moyenne à grave récidivante, accompagnant les douleurs chroniques ». Au demeurant, 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'ils ne sauraient, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel

trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; TF 9C_533/2008 du 19 mars 2009), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Quant aux autres critères déterminants, il existe certes une affection corporelle chronique, sans rémission durable, sous la forme de cervico-dorso-lombalgies, mais celles-ci se recourent en partie avec le trouble somatoforme douloureux et le substrat somatique apparaît faible. En revanche, les pièces du dossier ne permettent nullement de conclure à une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, contrairement à ce qu'affirme le recourant sans étayer ses affirmations. Par ailleurs, l'expert M. _____ a souligné l'existence de divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé chez le recourant, dont les plaintes le laissent insensible et qui n'observait pas les prescriptions médicamenteuses. Quant au Dr W. _____, il a souligné l'attitude fort démonstrative, non authentique, du recourant, et la contradiction éclatante qui existait entre la gravité des douleurs alléguées et le fait que celui-ci arrivait à effectuer la plupart des tâches ménagères, après que son épouse était devenue incapable de les assumer. Dans ces conditions, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée plus haut (cf. consid. 4d supra).

c) En l'absence de circonstances permettant de reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux persistant présenté par le recourant, c'est à juste titre que l'OAI a apprécié la capacité de travail de celui-ci au regard des seuls troubles psychiques stricto sensu - à l'exclusion donc du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant - présentés. Or à cet égard, comme on l'a vu (cf. consid. 5b supra), il y a lieu de retenir comme seul diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail - et à côté du diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) - celui de dysthymie (F45.4). Ce trouble entraîne, selon l'appréciation concordante des Drs M. _____ et W. _____, une diminution de 30 % de la capacité de travail du recourant, en présence de ruminations mentales importantes

qui portent sur la fausse conviction d'être invalide ostéoarticulaire et qui entraînent une diminution de l'attention et de la concentration. L'appréciation du Dr Z._____, lequel a d'abord estimé à 70 % l'incapacité de travail du recourant pour des raisons psychiatriques (cf. lettre C.c supra) avant d'estimer qu'il est à considérer comme entièrement invalide (cf. lettre E.b supra), ne permet pas de s'écarter des appréciations concordantes et bien motivées des Drs M._____ et W._____. En effet, l'appréciation du médecin traitant n'est étayée que par référence à un diagnostic qui ne peut pas être retenu et par l'existence de douleurs dont on a vu qu'elles ne pouvaient se voir reconnaître un caractère invalidant au regard de la jurisprudence (cf. consid. 5b supra).

d) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

6. a) D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu avec invalidité doit être arrêté à la lumière des statistiques salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb, 124 V 321; TFA I_864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5, I_298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6, I_794/2001 du 11 septembre 2003, consid. 5.2). Afin de pouvoir effectuer la comparaison des revenus, l'OAI doit se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la valeur centrale (ou médiane) de la catégorie de la classification en question (tableaux du groupe A) (ATF 124 V 321). En l'occurrence, le salaire de référence retenu (ESS 1996 TA1; niveau de qualification 4) correspond à celui offert pour des postes de travail, toutes activités confondues dans le secteur privé, qui ne requièrent aucune qualification professionnelle particulière (TF I_111/2006 du 19 avril 2007, consid. 5, TFA I_298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6). Considérant le large éventail d'activités simples et répétitives ainsi recouvertes dans les secteurs de la production et des services, il y a lieu de reconnaître qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées

aux limitations fonctionnelles objectivement relativement modestes du recourant (cf. notamment TFA I_112/06, I_111/06, I_372/06 et I_700/05 des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007). Dans ces conditions, le reproche que fait le recourant à l'OAI de ne pas avoir entrepris les démarches nécessaires pour déterminer s'il pouvait être reclassé dans une nouvelle profession et, le cas échéant, déterminer la ou les professions adéquates tombe à faux. En effet, le recourant n'ayant pas souhaité entrer dans un processus de reclassement, il s'agissait de calculer son préjudice économique par une approche théorique de sa capacité de gain, dans laquelle, comme on vient de le voir, les éléments déterminants ont été pris en considération.

b) Cela étant, le recourant critique l'abattement de 5 % retenu par l'OAI sur le salaire d'invalidé ressortant des statistiques, estimant qu'au vu de son âge, du fait qu'il n'a plus travaillé depuis 1996, de ses limitations fonctionnelles, de sa surdité, de l'absence de formation professionnelle, de sa perte d'intégration sociale et du fait qu'il a énormément de peine à parler et comprendre le français, il convient de procéder à un abattement maximal de 25 pour-cent.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6).

En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà été prises en compte dans l'appréciation qui a conduit à limiter l'exigibilité médicale à 70 %, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à cet égard à un abattement plus élevé que les 5 % retenus par l'OAI pour tenir compte du taux d'occupation (cf. lettre C.e supra). Quant aux autres éléments invoqués par le recourant, il sied tout d'abord d'observer que celui-ci ne se situe pas dans une catégorie d'âge qui soit susceptible de limiter ses perspectives salariales dans le type d'activité envisagé. En outre, l'exercice d'activités industrielles légères ne nécessite pas une bonne connaissance du français ni des qualifications particulières, et la longue période d'inactivité invoquée par le recourant – qui ne constitue pas un critère à prendre en considération pour évaluer l'incapacité de travail ou de gain d'un assuré (TFA I_685/04 du 5 décembre 2005, consid. 5.2) – n'est pas non plus pertinente à cet égard. La cour de céans n'a donc pas de raison de substituer sa propre appréciation à celle de l'OAI, s'agissant de l'abattement retenu par celui-ci en conformité avec la jurisprudence. En tous les cas, même un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité ressortant des statistiques, qui constituerait un maximum et conduirait à retenir un revenu avec invalidité de 34'174 fr. 65, n'aboutirait encore, au regard du revenu sans invalidité (non contesté) de 56'340 fr., qu'à un degré d'invalidité de 39.34 %, soit, arrondi au pour-cent inférieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), de 39 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI;

art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 12 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour R. _____)
- 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 :