

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Zbinden et Perdrix, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

U. _____, à Leysin, recourant, représenté par Me François Pidoux, avocat
à Vevey

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 16 LPGA; 98 let. e LPA-VD

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après l'assuré), né le 26 juillet 1947, originaire de Serbie, a travaillé comme chauffeur-livreur depuis 1988. Souffrant de lombalgies, l'assuré a été en incapacité de travail dès la fin de l'année 1997. Le 18 février 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant au versement d'une rente.

Le rapport d'expertise établi le 21 janvier 2002 par le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Vevey, retient comme diagnostics un trouble dépressif majeur, épisode isolé, de gravité actuelle légère, sans caractéristiques psychotiques, en rémission partielle et un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, chronique. De l'avis de l'expert, l'assuré dispose, sur le plan psychiatrique, d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, "à condition qu'il adhère à un traitement antidépressif-anxiolytique, ce qui devrait être exigible".

Dans son rapport médical du 28 janvier 2002, la Dresse D._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré et à une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée, précisant que l'intéressé devait se soumettre à un traitement antidépresseur et anxiolytique.

Par courrier du 7 février 2002, l'OAI a enjoint l'assuré de suivre un traitement tel que prescrit par la Dresse D._____. Par certificat du 5 mars suivant, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Montreux, a attesté que U._____ avait débuté une psychothérapie en son cabinet le jour-même.

Par décision du 7 avril 2003, l'OAI, se basant sur un degré d'invalidité de 56 %, a accordé à l'assuré une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 1998.

Le 3 avril 2003, U._____ a fait parvenir à l'OAI un certificat du Dr Q._____, selon lequel son état de santé s'est aggravé depuis la fin décembre 2002 et est incapable de travailler à 75 %. Parallèlement, l'assuré a formé recours contre la décision du 7 avril 2003 devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud. Le tribunal n'est pas entré en matière et a transmis le recours à l'OAI comme objet de sa compétence afin qu'il rende une décision sur opposition (jugement du 20 juin 2003).

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'OAI a organisé un examen clinique bidisciplinaire au SMR. Celui-ci a été effectué le 8 juin 2004 par les Drs R._____, spécialiste FMH en médecine interne-rhumatologie, et K._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans leur rapport du 29 juin 2004, ces spécialistes retiennent comme diagnostics des cervico-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés et une dysthymie de degré léger chez une personnalité à traits dépendants, seules les lombalgies ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Les Drs R._____ et K._____ ont conclu à une capacité de travail, au plan ostéoarticulaire, de 80 % dans une activité adaptée et de 30 % dans le métier de chauffeur-livreur. Ils ont relevé que l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Dans ses rapports des 1^{er} juillet 2004 et 5 novembre suivant, la Dresse D._____ a confirmé les conclusions de ses collègues du SMR.

Par lettre du 16 juillet 2004, l'OAI a informé l'assuré qu'il pourrait revenir sur sa décision à la lumière des conclusions du SMR selon lesquelles il posséderait encore une capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée. L'intéressé a maintenu son opposition en produisant deux nouveaux rapports de ses médecins traitants, les docteurs Q._____ et N._____, respectivement des 11 et 12 octobre 2004. Après avoir soumis ces documents au SMR, l'OAI a rejeté

l'opposition et réformé la décision du 7 avril 2003 au détriment de l'assuré en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui a été refusé (décision sur opposition du 5 janvier 2005). S'écartant de l'avis de l'expert W._____, l'OAI a fait siennes les conclusions du SMR et retenu un taux d'invalidité de 27,66 %, soit 28 % en chiffres ronds, sur la base d'un gain sans invalidité de 50'435 fr. et d'un gain d'invalidité de 36'484 francs. Ce revenu-ci était fondé sur les statistiques générales, compte tenu d'une capacité de travail de 80 % et d'une réduction supplémentaire du salaire de 15 % pour tenir compte de l'âge de l'intéressé et de l'ensemble des circonstances du cas concret.

Par arrêt du 19 juillet 2005, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par U._____ contre la décision sur opposition du 5 janvier 2005.

Par arrêt du 30 novembre 2006, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours formé par l'assuré en ce sens que l'arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 19 juillet 2005 et la décision sur opposition de l'OAI du 5 janvier 2005 sont annulés, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des motifs et nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a retenu que, si l'évaluation du SMR méritait d'être suivie sous l'angle somatique de l'état de santé de l'assuré, elle prêtait le flanc à la critique en ce qui concerne le status psychique; dès lors qu'une expertise psychiatrique avait déjà été ordonnée (sur laquelle l'OAI avait décidé d'accorder à l'assuré une demi-rente d'invalidité), les Drs R._____ et K._____ ne pouvaient pas se contenter de donner leur avis comme s'il s'agissait de se prononcer pour la première fois sur le cas de l'assuré. Or, ils se sont abstenus d'expliquer les motifs pour lesquels ils n'ont pas repris à leur compte les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif posés par l'expert Dr W._____, mais seulement celui de dysthymie chez une personnalité à traits dépendants. La cause a été renvoyée à l'OAI afin que celui-ci procède à un complément d'instruction en ordonnant notamment une expertise psychiatrique.

B. Mandaté par l'OAI, le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport d'expertise le 20 juin 2007. Il y relève notamment ce qui suit :

"(...)

Plaintes actuelles

Contrairement à ce qu'on pourrait s'attendre, la plainte principale n'est pas faite de douleur. A la question de qu'est-ce qui ne va pas, ce sujet dit qu'il est très nerveux, qu'il a des problèmes avec la prostate et avec l'urine, qu'il n'arrive pas à se tenir, qu'il est très nerveux et qu'il utilise beaucoup de médicaments.

C'est à la demande, et seulement à la demande, qu'il mentionne des douleurs du dos, des jambes, de la jambe gauche et des cervicales, en précisant que le dos est déformé. Questionné plus précisément sur la symptomatologie dépressive, il admet être triste tous les jours, la plupart longtemps et depuis longtemps. Il admet la fatigue, la fatigabilité et la perte d'intérêt aux choses qui lui faisaient auparavant plaisir. Il est très préoccupé par sa santé, craignant d'avoir un cancer. Il n'a pas de culpabilité pathologique. Il dit qu'il n'a pas de plaisir à manger. Le poids est pourtant stable. L'insomnie, qu'il ne lie pas forcément aux douleurs, touche essentiellement le milieu de la nuit, mais parfois aussi l'endormissement, malgré la médication de (...).

Questionné plus précisément à la recherche d'un état de stress post traumatique (assassinat du grand-père maternel), l'assuré ne relate pas d'intrusions, ni de conduites d'évitement, ni d'état d'hyperéveil.

Observation

A l'examen, effectué à l'aide d'un interprète, l'expertisé apparaît comme vigile, orienté, sans troubles intellectuels patents. L'anamnèse est donnée de façon authentique et avec toutes les précisions nécessaires, le sujet étant occasionnellement prolix et compliqué. Mémoire, jugement et raisonnement paraissent fonctionner tout à fait normalement.

L'humeur est abaissée, sans que le tableau soit particulièrement frappant. Il y a des idées de ruine, d'insuffisance et des idées de mort décrites comme constantes et quotidiennes. Il n'y a pas de culpabilité pathologique. Le sujet est parfois tendu, se tortillant sur sa chaise. L'anxiété est essentiellement en rapport avec sa situation existentielle actuelle.

Le discours est par ailleurs tout à fait normal. Il n'y a pas de relâchement des associations. Il n'y a rien pour des éléments paranoïdes. Il n'y a pas de délire. Il n'y a pas d'hallucinations. Bref, il n'y a rien pour des éléments psychotiques florides.

Diagnostics

Trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.2)
Trouble dysthymique (F34.1)

Discussion

Ce ressortissant serbe de 60 ans est examiné pour expertise psychiatrique suite à votre demande du 18.04.2007. L'histoire est plaine d'histoires. L'assuré perd sa mère à 4 ans. Le père le laisse chez les parents de son épouse décédée. Le grand-père est assassiné brutalement quelques années plus tard, l'expertisé assistant à la scène. Il dit alors avoir été suivi pendant 3 ans (médicaments et psychothérapie) auprès d'un service neuropsychiatrique à Belgrade.

L'assuré se marie jeune à une compatriote et gagne la Suisse en 1981, l'épouse et le fils suivant bientôt. Il trouve du travail dans une boulangerie, puis comme chauffeur livreur, arguant d'une bonne stabilité professionnelle et de ses grandes qualités de travailleur.

L'histoire actuelle remonte à la fin des années 90 avec des lombalgies et un épisode aigu de lombosciatalgies. L'assuré est en arrêt de travail depuis le 30.12.1997. Les appréciations de sa capacité sont divergentes. Il y a néanmoins consensus pour faire valoir des troubles psychiatriques à l'appui d'une éventuelle incapacité de travail.

Mon évaluation de ce jour aboutit indiscutablement à un diagnostic de trouble dépressif majeur. Il y a les critères de la tristesse et de la perte d'intérêt ou de plaisir pratiquement toute la journée, presque tous les jours et depuis plusieurs mois. Il y a l'insomnie. Il y a un certain degré d'agitation (tension anxieuse). S'il n'y a pas la culpabilité excessive, il y a un certain degré de dévalorisation et surtout les pensées de mort récurrentes. Ce tableau dépressif ne fait, à mon avis, pas de doute. L'intensité et le nombre de signes et symptômes font classer l'épisode actuel de modéré. La chose est confirmée par un score de 23 à l'échelle de la dépression de Hamilton (17 items).

Depuis plusieurs années, les différents praticiens en cause mentionnent des difficultés psychologiques, voire un état dépressif. Il est fortement vraisemblable que l'expertisé présente un abaissement chronique de l'humeur valant comme dépressivité de fond. Ce trouble thymique s'inscrit dans une situation existentielle difficile depuis nombre d'années. Il y a eu l'arrêt de travail, le licenciement, le divorce et un certain isolement social, sachant que l'assuré a aussi rompu tout contact avec son fils. Il y a enfin des antécédents d'événements traumatisants dans l'enfance et l'adolescence. Cette dépressivité vaut pour une dysthymie (ou trouble dysthymique) caractérisée, une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée pendant au moins deux (réd.: semaines) sans qu'elle atteigne, avec ses symptômes d'accompagnement, la sévérité d'un trouble dépressif majeur. Cette affection pourrait être présente depuis la fin des années 90. Elle a été retenue lors de l'examen psychiatrique au SMR-Léman par le Dr K._____, médecin psychiatre FMH.

Si cet assuré présente certains traits de dépendance peut-être simplement liés à sa situation existentielle actuelle, je ne pense pas qu'on doive retenir un trouble de la personnalité stricto sensu. Il a bien fonctionné jusqu'à l'affection actuelle. Il a aussi fait face à une enfance traumatique, sans séquelle psychiatrique objective.

L'évaluation actuelle permet aussi de récuser un état de stress post traumatique, selon les critères des ouvrages diagnostiques de référence. La symptomatologie a été spécifiquement recherchée et le patient ne relate ni intrusions, ni conduites d'évitement, ni état d'hyperéveil.

Enfin, comme d'autres praticiens en cause, il me semble juste de récuser ici un syndrome douloureux somatoforme persistant. La douleur n'est pas au premier plan. Des symptômes de douleurs de l'appareil locomoteur, des douleurs abdominales et des céphalées sont communs aux états dépressifs. Comme les éléments dépressifs sont ici nets et qu'ils dominent le tableau clinique, il me paraît juste, comme l'ont fait mes collègues du SMR-Léman, d'écarter le trouble somatoforme puisque les plaintes somatiques sont suffisamment expliquées par le trouble dépressif.

Le diagnostic final est donc aujourd'hui un trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) associé à un trouble dysthymique. Cette co-occurrence a parfois la dénomination de "dépression double". Elle est un gage de chronicité d'un trouble affectif. Il est vrai que la durée des troubles, le contexte existentiel difficile, une personnalité fruste manquant de capacités d'adaptation et un passé traumatique grèvent négativement le pronostic. Le tableau clinique actuel est vraisemblablement fixé pour une longue durée, voire définitivement fixé.

Le problème asséculo-logique (réd. : description médicale qui détermine la couverture en cas de maladie ou d'accident) de l'incapacité de travail s'avère difficile. Il n'est pas exclu que les troubles psychiques de ce sujet évoluent en dents de scie depuis 1998. Jusqu'à aujourd'hui, personne n'a toutefois mentionné un trouble dépressif sévère ayant des caractéristiques d'emblée invalidantes. Le Dr W._____ parle de trouble en rémission observant quant à lui un état actuel léger (Hamilton en-dessous de 16). Un tel trouble ne justifie pas dans la règle de traitement médicamenteux. Il n'a certainement pas caractère invalidant. A mon avis, il n'est pas juste de le corrélér à une incapacité de travail. Il en est de même du trouble dysthymique (dysthymie) dont le seuil de sévérité est en dessous du trouble dépressif majeur.

En ce moment, ce patient présente manifestement une pathologie psychiatrique un peu plus sévère. Mon examen va dans le sens d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen). Le Hamilton est à 23. Cette situation clinique pourrait limiter la capacité de travail, dans un contexte particulièrement délétère. En l'absence de comorbidité psychiatrique telle qu'un trouble de la personnalité sévère et d'une anamnèse de troubles affectifs plus graves, je ne pense pas qu'on doive retenir une incapacité de travail significative et de longue durée dans ce cas particulier. En termes médico-théoriques, je pense que l'exigibilité psychiatrique est aujourd'hui d'un 80 % de capacité de travail et pas moins, quelle que soit l'activité exercée.

Cette appréciation rejoint celle de mes collègues du SMR-Léman. Elle se distance de celle du Dr W. _____, pour des raisons que j'ai évoquées, sachant que le trouble dépressif est aujourd'hui tout au plus de sévérité moyenne et que je ne retiens pas de trouble douloureux, au sens d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Cette appréciation se distance aussi de celle des médecins traitants, sachant aussi qu'ils interviennent dans ce dossier avec un mandat de traitement et non d'expert et qu'ils n'ont a priori pas à remettre en cause l'incapacité de travail alléguée par leur patient dans une situation d'appréciation si difficile.

(...) je suis quant à moi persuadé qu'il y a très peu de chances que ce sujet retourne une fois dans le circuit normal du travail. Pour moi, ce sont des facteurs socioculturels (personnalité fruste, faibles capacités d'adaptation, isolement social, acculturation difficile chez un sujet qui ne parle pas français après plus de 20 ans en Suisse) qui ont un rôle prépondérant dans l'adoption du statut d'invalidé. On sait que ces facteurs sont étrangers à ceux que doit couvrir actuellement l'Assurance invalidité.

Conclusion

En conclusion, je retiens ici un trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) et un trouble dysthymique, ce qui vaut pour une dépression double dans la terminologie anglo-saxonne. Je ne retiens pas de comorbidité psychiatrique à ces deux affections. Pour ce motif, l'incapacité de travail ne devrait pas dépasser 20 % sur le seul plan psychiatrique. Le fait que le sujet ne réintègrera vraisemblablement jamais le monde du travail relève pour moi de facteurs qui sont étrangers à ce que couvre actuellement l'Assurance invalidité.

A mon avis, le traitement est suffisant tant en qualité qu'en quantité. Je n'ai pas de mesure à proposer tant sur le plan médical que professionnel. Une réadaptation n'a à mon avis que peu de chance d'aboutir.

(...)"

Le 4 avril 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions pour un droit à l'orientation professionnelle.

Lors de l'entretien du 30 juin 2008, l'assuré a signalé au collaborateur de l'OAI de nouvelles atteintes à la santé, à savoir d'une part une hyperparathyroïdie qui nécessitera probablement une intervention chirurgicale et un problème de prostate en cours d'investigation. En ce qui concerne la question de la réorientation professionnelle, l'assuré a indiqué qu'il envisageait difficilement une réinsertion compte tenu de son âge et de son état de santé. Il a néanmoins réagi favorablement à la proposition

d'un stage d'évaluation dans une activité légère, suivi si possible d'une formation pratique en entreprise du type P._____ à Leysin.

Le 3 octobre 2008, l'assuré a informé l'OAI qu'il n'était toujours pas en mesure d'entreprendre un stage d'évaluation.

Dans un avis médical du 21 octobre 2008, le Dr M._____ du SMR rapporte que le rapport d'échographie thyroïdienne du 16 avril 2008 du Dr [...] fait état d'une suspicion de kyste du lobe gauche, alors que le rapport d'IRM du cou du 9 mai 2008 retient le diagnostic d'adénome kystique parathyroïdien de 2 cm de diamètre. Le rapport d'ultrason du cou confirmant cette lésion, une intervention chirurgicale a été proposée à l'assuré. Il relève toutefois qu'aucune de ces pièces médicales ne fait état d'une quelconque incapacité de travail et qu'en tout état, un adénome parathyroïdien ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée. Ainsi, selon lui, en cas d'intervention chirurgicale, l'incapacité de travail ne dépassera pas quelques jours. Le Dr M._____ en conclut que les éléments médicaux cités ci-dessus ne modifient pas l'exigibilité médicale.

Par rapport final du 28 octobre 2008, la Dresse S._____ du SMR rappelle qu'en août 2007, le SMR a retenu, à la suite de l'expertise du 20 juin 2007, une incapacité maximale de travail de 20 % pour des motifs psychiatriques, qui se confond avec celle retenue lors de l'examen SMR de 2004 pour raisons somatiques et que l'avis juriste du 31 janvier 2008 confirme que la capacité de travail exigible est donc de 80 % dans une activité adaptée aux limitations somatiques (épargne dorsale lombaire et cervicale). Après avoir exposé que la proposition de stage d'évaluation a été finalement déclinée par l'assuré et que l'avis médical SMR du 21 octobre confirme le maintien de l'exigibilité médicale, elle conclut que des mesures professionnelles ne se justifient pas, la capacité subjective de réadaptation n'étant pas remplie en l'espèce.

Par projet de décision du 14 novembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, pour le motif que le degré d'invalidité n'atteint pas le minimum légal de 40 %. Se fondant sur l'avis du SMR, il

retient une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis le 30 décembre 2007, ce qui, compte tenu d'un revenu annuel de chauffeur-livreur sans invalidité qui, en 1998, se serait élevé à 50'435 fr., et d'un revenu théorique d'invalidé (calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 1998 [ci-après : ESS]) de 36'484 fr. après abattement de 15 % pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, entraîne une perte économique de 13'951 francs (27,66 %).

Le 25 novembre 2008, l'assuré a requis une décision formelle. Il a indiqué devoir subir une intervention chirurgicale importante sur un kyste proche de la glande thyroïde et fait valoir que son état psychique s'est passablement dégradé depuis 2007.

Le 21 janvier 2009, l'assuré a produit deux certificats médicaux relatifs à son état de santé. Dans le premier, daté du 9 janvier 2009, le Dr Q._____, psychiatre traitant, indique que, pour lui, il est évident que tous les diagnostics mentionnés déjà en 2004 sont toujours en place et valables, et déploient leur effet invalidant sur le patient qui vit dans un repli social considérable et manifeste une désadaptation psychosociale évidente qui l'empêche de travailler pour les raisons médicales décrites par les diagnostics invoqués. Il confirme l'invalidité à 100 % et le maintien de ces diagnostics en janvier 2009, en relevant que l'aggravation de l'état de l'assuré à partir de l'automne 2008 est principalement due à l'usure. Du second certificat médical, établi le 12 janvier 2009 par le Dr N._____, médecin traitant, il ressort que les investigations entreprises ont mis en évidence une lésion nodulaire postérieure gauche de la parathyroïde et que le diagnostic retenu est une hyperparathyroïdie. L'assuré a été vu par un spécialiste en endocrinologie et un chirurgien; une intervention chirurgicale est indiquée. L'assuré n'est toutefois psychologiquement pas prêt pour cette opération; depuis qu'il a été informé de cette maladie, il est tombé dans un état de stress extrême et présente des crises d'angoisse.

Dans un avis médical du 13 mars 2009, le Dr M._____, du SMR indique que l'hyperparathyroïdie (rapport du Dr N._____, du 9

janvier 2009) est une affection n'ayant aucun caractère invalidant et que, si l'intervention chirurgicale indiquée doit avoir lieu, elle ne justifiera qu'un arrêt de travail de quelques jours. En ce qui concerne le rapport du Dr Q._____, il relève que tant les diagnostics psychiatriques que les incapacités de travail précédemment attestés et confirmés par ce praticien ont été infirmés par l'expertise du Dr L._____ du 20 juin 2007, qui a été jugée en tout point probante. Quant à l'aggravation indiquée par le psychiatre traitant "principalement due à l'usure", il n'y a aucun élément médical à l'appui de cette assertion. Il relève par ailleurs qu'on ne peut considérer l'usure comme une affection médicale, dans la mesure où le temps qui passe expose tout être vivant à ce phénomène, simplement par le fait du vieillissement physiologique. Le Dr M._____ conclut que le rapport du Dr Q._____ ne démontre ni ne rend plausible aucune aggravation de l'état de santé ni aucune incapacité de travail d'origine psychiatrique. En définitive, aucun des deux certificats produits n'apporte le moindre argument médical pour réviser la position du SMR, qui la maintient.

Par décision du 14 mai 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré pour les motifs exposés dans le projet de décision du 14 novembre 2008.

C. Par acte du 19 juin 2009, U._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 14 mai 2009 en concluant à la réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité à 100 % lui est reconnue. Le recourant fait valoir en substance que l'expertise du Dr L._____ n'a pas valeur probante dans la mesure où, lors de ses investigations sur la question du syndrome somatoforme douloureux persistant, l'expert s'est exprimé en français alors que le recourant doit se munir d'un interprète pour toutes ses démarches et qu'on peut dès lors se demander si ces investigations n'ont pas été superficielles. Il soutient également que l'expertise contient des éléments contradictoires en ce sens qu'il n'est pas possible d'admettre un trouble dépressif majeur et de soutenir que ce trouble n'a pas de caractère invalidant.

Par réponse du 16 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise du Dr L._____ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, dès lors que le rapport se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de l'expertisé, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires et que les conclusions sont dûment motivées. L'OAI relève en particulier que l'examen psychiatrique a été effectué en présence d'un interprète et que la position du psychiatre traitant du recourant est succincte et peu étayée.

Par déterminations du 22 octobre 2009, le recourant a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile. Satisfaisant en outre aux autres conditions de forme, il est recevable (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) Le recours tend à la réforme de la décision de l'OAI du 14 mai 2009 et à l'octroi d'une rente entière AI. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir constaté les faits déterminants, notamment en ce qui concerne son état de santé psychique, de façon inexacte, en se fondant sur un rapport d'expertise n'ayant pas valeur probante.

En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1^{ère} phrase LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD),

ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

2. 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 art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, 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.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en

exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

3. a) Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci 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). 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).

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; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). 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).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

b) En l'espèce, pour nier le droit à une rente au recourant, l'OAI s'est fondé sur l'avis des médecins du SMR qui, en ce qui concerne l'aspect psychiatrique de l'état de santé de l'assuré, a repris à son compte

les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr L._____. Comme le relève l'intimé, cette expertise se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de l'expertisé et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse; tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires et ses conclusions sont dûment motivées. Conforme aux exigences de la jurisprudence, dite expertise a pleine valeur probante. Les critiques du recourant à son égard ne résistent pas à l'examen. D'emblée, on relève que l'expertise s'est déroulée avec l'aide d'un interprète, de sorte que l'on ne saurait suivre le recourant qui prétend que la barrière de la langue rendrait superficielles les investigations de l'expert. D'autre part, on ne voit pas en quoi il serait contradictoire de retenir, comme le fait l'expert Dr L._____, les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent (épisode actuel moyen) et de trouble dysthymique tout en ne leur reconnaissant qu'un caractère invalidant réduit (20 %). Sur ce point, l'expert explique fort bien que, s'il n'est pas exclu que les troubles psychiques du recourant ont probablement évolué en dents de scie depuis 1998, ils ne comportent toutefois pas des caractéristiques d'emblée invalidantes. Il rappelle que le trouble dépressif majeur retenu par l'expert Dr W._____ à l'époque était alors qualifié de léger et décrit comme étant "en rémission". Un tel trouble ne justifiant pas en principe de traitement médicamenteux, il estime qu'il n'est pas correct de le corréler à une incapacité de travail et qu'il en va de même en ce qui concerne le trouble dysthymique, dont le seuil de sévérité est en dessous du trouble dépressif majeur. Relevant qu'au moment de l'expertise, la pathologie psychiatrique présentée par le recourant était un peu plus sévère en ce sens que l'état du trouble dépressif majeur pouvait être qualifié de moyen, l'expert explique, qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique telle qu'un trouble de la personnalité sévère et d'une anamnèse de troubles affectifs plus graves, il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail significative et de longue durée. Enfin, l'expert expose que, de son point de vue, ce sont des facteurs socioculturels (personnalité fruste, faibles capacités d'adaptation, isolement social et acculturation difficile chez un individu qui ne parle pas le français après plus de 20 ans passés en Suisse) qui jouent un rôle prépondérant dans l'adoption du statut d'invalidé par le recourant, facteurs qui ne

ressortissent pas à l'assurance-invalidité. Pour le surplus, il convient encore de souligner que les explications de l'expert concernant la récusation du syndrome somatoforme douloureux persistant retenu dans la première expertise (Dr W. _____) sont tout à fait convaincantes : la douleur n'est pas au premier plan, elle n'est évoquée qu'à la demande et ses manifestations sont communes à l'état dépressif, alors que les éléments dépressifs (tristesse et perte d'intérêt et de plaisir presque toute la journée, insomnie, tension anxieuse, dévalorisation et pensées de mort récurrente) sont nets et dominant le tableau clinique. En conclusion, la Cour des assurances sociales fait siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique, en relevant que les derniers éléments avancés par les médecins du recourant pour retenir une incapacité de travail entière ne sont pas suffisamment étayés pour être convaincants et que leur avis divergent s'explique probablement par le lien thérapeutique qui les lie au recourant.

L'aspect somatique de l'état de santé du recourant a lui aussi été suffisamment investigué et ses limitations fonctionnelles ont été clairement décrites. La Cour de céans est également convaincue par les explications des médecins du SMR qui en ce qui concerne les motifs pour lesquelles les dernières pathologies invoquées par le recourant (hyperparathyroïdie et prostate) ne sauraient, en l'état, entraîner une incapacité de travail importante ou de longue durée.

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il

faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

b) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le SMR et l'expert s'accordent pour admettre une capacité résiduelle de travail de 80 %; sur le plan somatique, elle reste totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

c) Pour déterminer le taux d'invalidité, l'autorité doit en vertu de l'art. 7 LPGA évaluer une incapacité de gain, et donc procéder à une comparaison des revenus, avec et sans invalidité. L'art. 16 LPGA dispose ainsi que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide doit être 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.

Le calcul du degré d'invalidité du recourant, qui n'est pas contesté en tant que tel, peut être confirmé; dès lors que, jusqu'à la fin de 1997 le recourant exerçait le métier de chauffeur-livreur et qu'il ne travaille plus depuis lors, l'OAI était autorisé à se fonder sur le revenu annuel de chauffeur sans invalidité en 1998 et de le comparer au revenu théorique d'invalide, calculé sur la base de l'ESS, pour déterminer le degré d'invalidité. Les calculs effectués sont exacts, de même que le taux d'invalidité, soit 27,66 %; de ce point de vue, la situation n'a pas subi de modification depuis le moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, ni depuis le moment de la première décision de l'OAI, en 2005. Dans ces conditions, il ne peut qu'être confirmé que le recourant ne satisfait pas aux conditions d'octroi d'une rente AI, même partielle (art. 28 LAI).

Au vu des considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise judiciaire requise par le recourant. Une telle mesure n'est nécessaire que s'il existe des doutes concrets sur des points litigieux importants. Tel n'est pas le cas en l'occurrence, de sorte que de

nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

5. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 500 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 55 LPA-VD).

**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 14 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge du recourant U._____.
- 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 :

- Me François Pidoux, avocat à Vevey (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :