

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Jevean, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

E. _____, à Pully, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat,
Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 1 et 2 Cst., art. 6 § 1 CEDH; art. 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, technicien en biologie de formation, d'origine algérienne et naturalisé suisse en 1998, est établi en Suisse depuis 1988. Il a notamment travaillé dans le domaine de la biologie ainsi qu'en qualité d'aide soignant, de concierge et de chauffeur de taxi.

Le 3 juin 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), se prévalant de dépression nerveuse chronique ainsi que de fibromyalgie et faisant valoir un traitement en cours auprès d'un psychiatre.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis l'avis du Dr M._____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 9 juillet 2008, ce praticien a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité à traits paranoïaques, depuis 1986. Attestant d'un traitement ambulatoire par ses soins depuis le 31 août 1998, il a retenu une incapacité de travail dans la dernière activité exercée de 100 % depuis le 13 septembre 2007 pour une durée indéterminée. Dans un milieu protégé, il a retenu une incapacité de travail d'environ 50 %, avec une diminution de rendement. Le Dr M._____ a également remis un rapport du 22 décembre 1992 du Dr Q._____, alors chef de clinique adjoint au service de rhumatologie du CHUV, et un résumé d'entretien du 21 décembre 1992 du Dr Y._____, psychiatre à Lausanne, posant les diagnostics d'état dépressif chronique en partie réactionnel et de discrète périarthrite des épaules prédominant à gauche, respectivement de troubles somatoformes douloureux, de diagnostic différé, de douleurs articulaires et de changement socio-culturel.

L'OAI s'est par ailleurs adressé à la Dresse L._____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 14 juillet 2008, celle-ci a posé les diagnostics d'état dépressif chronique, de douleurs récidivantes de type somatisation, de scapulalgies bilatérales récidivantes sur tendinopathie de la coiffe, et conflit sous acromial, ainsi que de cervicalgies et lombalgies récidivantes sur troubles statiques et discopathie C5-C6 et L5-S1. Elle a également décrit les limitations fonctionnelles dans un rapport du même jour et a déposé un rapport d'examen du 22 mai 2008 du Dr V._____, chirurgien orthopédique FMH à Lausanne, un rapport d'IRM de l'épaule droite du 17 avril 2008 du Dr T._____, radiologue FMH à Lausanne, et un rapport d'examen de la colonne cervicale du 9 février 1999 du Dr N._____, radiologue FMH à Lausanne, confirmant et étayant les diagnostics posés.

Dans un rapport du 14 juillet 2008 sollicité par l'OAI, le Dr I._____, médecine générale FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assuré depuis 1995, a retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif persistant, depuis 1993, et une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 septembre 2007, selon les indications du psychiatre traitant. Il a également décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré dans un rapport du 14 juillet 2008.

Le 23 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles en raison de son état de santé, l'informant que le droit éventuel à des mesures professionnelles et à une rente allait être examiné.

Sur demande du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, effectué le 12 août 2008 par les Drs D._____, médecine physique et rééducation FMH, et F._____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 1^{er} septembre 2008, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de scapulalgies D sur syndrome d'empiètement de l'épaule et de tendinopathies avec déchirure

transfixiante des muscles sus-épineux et sous scapulaires droits. Ils ont retenu une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée et ont indiqué ce qui suit dans l'appréciation du cas:

"Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 48 ans, algérien, établi en Suisse depuis 1989.

Au bénéfice d'un brevet de technicien supérieur acquis à Alger en 1984, il exerce en Suisse diverses activités professionnelles non-qualifiées alternant avec de longs épisodes de chômage. Il a acquis un certificat en biologie microbienne à l'université de Lausanne. Les diverses activités professionnelles sont régulièrement interrompues dans un contexte conflictuel, notamment par des arrivées tardives matinales ou des charges d'activité non exécutées. Une mise en arrêt de travail est signée par le psychiatre traitant le Dr M. _____ dès le 13.09.2007, alors que l'assuré était en train de suivre des cours prodigués par l'ORP et qu'il a été pénalisé en raison d'un cumul d'arrivées tardives.

Sur le plan familial, l'anamnèse est positive pour la dépression et l'épilepsie; un cousin est toxicomane et deux membres de la famille s'isolent socialement.

Sur le plan personnel, l'assuré décrit une sensibilité depuis l'enfance face à la souffrance d'autrui, ce qui provoque la survenance de pleurs. Une hospitalisation en milieu psychiatrique a eu lieu en Algérie en 1988 durant 2 ½ mois suite à des pensées suicidaires.

Depuis son arrivée en Suisse en 1989, l'assuré est suivi sur le plan psychiatrique d'une manière presque continue. Il n'y a jamais eu de tentamen, ni d'hospitalisation en milieu spécialisé.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré de bonne constitution psychique, au contact détendu et agréable. La recherche des éléments dépressifs est très pauvre, surtout sur le plan objectif: il n'y a notamment pas de grave trouble cognitif comme on les voit lors de séquelles de dépressions sévères récurrentes. Sa mémoire est bonne, la concentration et l'attention le sont, d'une manière contrôlable par l'intéressé. Par contre, le contact frappe par une impression de satisfaction dans une existence peu active, avec un accent mis sur certaines difficultés (notamment le fait de devoir se lever tôt le matin pour aller travailler). Le tableau observé est celui d'une dysthymie.

La question qui se pose dans ce contexte est l'éventualité d'une rémission momentanée face à un trouble dépressif récurrent qui aurait une composante incapacitante: à ce titre, plusieurs arguments vont en défaveur d'une telle hypothèse:

- L'absence de séquelles cognitives permet d'exclure des antécédents de dépression sévère et durable.

- Le fait que l'état de santé s'améliore à l'occasion d'un départ en vacances ou lorsque son épouse est présente pour le soutenir parlent en faveur d'une dysthymie et non d'une dépression figée.
- Lorsque l'assuré se voit prescrire un traitement plus puissant que celui qu'il a actuellement (Cipralax® 10 à 20mgr/jour) et qu'on lui propose par exemple une prise d'Efexor®, l'intéressé se plaint d'une polyurie comme effet secondaire. Si l'assuré avait été sévèrement déprimé, il ne se serait pas préoccupé de la fréquence de ses besoins d'aller aux toilettes.
- L'assuré est capable de lire les journaux et de vaquer sur Internet, ce qui confirme l'absence d'atteinte cognitive significative.
- La pathologie dépressive est classiquement caractérisée par un réveil matinal précoce; le fait que l'assuré peine à se lever le matin est plutôt rassurant.
- L'assuré n'a jamais commis de tentamen, ses scénarios suicidaires datent de son existence en Algérie, ils n'ont pas eu de caractère préoccupant (scénarios de se jeter d'une terrasse dont l'assuré savait que la hauteur ne lui permettait pas de décéder).

En conséquence, si lorsque l'assuré se trouve en période dépressive il peine à se lever le matin, ses qualifications professionnelles lui permettent d'exercer une activité professionnelle à plein temps (il reconnaît en être capable) à des horaires adaptables, soit dans sa formation (par exemple en tant que représentant), soit dans une activité non-qualifiée comme il en a exercées de nombreuses (on peut mentionner à titre d'exemple des emplois dans des stations-service, la restauration ou comme chauffeur de taxi).

Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport psychiatrique du Dr M. _____ datant du 09.07.2008 mentionne un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et personnalité à traits paranoïaques. Il est difficile de s'accorder à un diagnostic d'épisode dépressif sévère lorsqu'il n'y a pas de pensées suicidaires, pas de trouble cognitif et que le traitement mentionné par le psychiatre (Cipralax® 10mg/jour) est aussi léger. Quant au trouble de la personnalité, il n'est en tout cas pas décompensé.

Par contre, le résumé psychiatrique du Dr Y. _____ datant du 21.12.1992 mentionne déjà un trouble somatoforme douloureux et inscrit au status l'absence de trouble de la lignée dépressive. Le tableau actuel est tout à fait superposable, l'assuré est subjectivement bien plus souffrant que ce que l'on peut objectiver.

Sur le plan somatique:

[...] L'examen clinique réalisé au SMR met en évidence un assuré en excellent état général, ne présentant aucune limitation dans les amplitudes articulaires ou de troubles neurologiques décelables. L'examen sur le plan ostéoarticulaire met en évidence une pathologie à caractère inflammatoire chronique touchant l'articulation scapulo-humérale D (syndrome de la coiffe des rotateurs dans un contexte de syndrome de l'empiètement associé à des tendinopathies mises en évidence par une IRM de l'épaule D, réalisée le 17.04.2008.

L'examen de médecine générale ne met en évidence aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant. A signaler l'absence de mise en évidence de signe de non organicité selon Smythe en faveur d'une pathologie de type fibromyalgie.

En ce qui concerne les signes de non-organicité selon Waddell, mise en évidence uniquement d'un discours algique chronique sans substrat organique sous-jacent, ni comportement algique en adéquation avec le discours évoqué.

Aucun document radiologique n'a été mis à disposition lors de l'examen clinique au SMR. La description radiologique mise à disposition au dossier médical met en évidence des troubles dégénératifs modérés au niveau du rachis cervical associés à une pathologie de la coiffe des rotateurs sous forme de tendinopathies des muscles sous-épineux, sous-scapulaires et le long chef du biceps associées à une probable déchirure transfixiante du muscle sous-épineux.

Au vu de la persistance de la symptomatologie algique au niveau de cette épaule et en présence d'une probable déchirure, une intervention chirurgicale est programmée (vraisemblable arthroscopie de l'épaule avec réparation chirurgicale de la déchirure tendineuse si celle-ci devait se confirmer).

En conclusion, nous nous trouvons en présence d'un assuré âgé de 48 ans, au bénéfice d'une formation universitaire en tant que laborantin en biologie, n'exerçant plus d'activité professionnelle selon l'anamnèse fournie depuis 2006. Les dernières activités occupées étaient celles de concierge à 50% et d'ouvrier spécialisé en laboratoire à un taux de 40%.

Les atteintes à la santé mises en évidence lors de l'examen clinique de ce jour au SMR confirmées par les documents radiologiques mis à disposition induisent des limitations fonctionnelles essentiellement dans des activités à fortes charges physiques. Les anciennes activités mises en oeuvre par l'assuré sont tout à fait possibles sans perte de rendement malgré les limitations fonctionnelles retenues.

L'évaluation de la capacité de travail de l'assuré se base uniquement sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires et l'examen clinique réalisé. La composante de non-organicité (amplification des plaintes, discours algique chronique sans substrat) n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail sur le plan somatique.

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 10 kg bras tendu à D ou 5 kg coude au corps de façon répétitive à D. Pas d'antépulsion ou d'abduction au-delà de 60° contre résistance de façon répétitive ou occasionnellement au-delà de 90°. Favoriser des postes de travail à position variable, en alternance assis-debout avec possibilité de varier la position assis-debout au minimum 1 x à l'heure. Pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion-extension au-delà de 1 heure, pas de mouvement brusque du rachis cervical,

pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis lombaire contre résistance à répétition.

Sur le plan psychiatrique, il n'y en a aucune qui soit absolue. Si l'assuré peine à se lever le matin, il a les moyens psychiatriques d'exercer une activité professionnelle décalée dans la journée (l'après-midi ou le soir) à plein temps.

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

L'assuré a été mis en arrêt de travail total le 13.09.2007 par son psychiatre suite à la répétition d'arrivées tardives lors d'un cours ORP dans lequel il était inscrit. L'intéressé a été questionné face aux motivations des arrivées tardives, il évoque le fait qu'il peine à s'endormir le soir et qu'il n'arrive pas à se réveiller le matin. Ceci n'est pas un argument suffisant pour appuyer un diagnostic de dépression à caractère invalidant. La mise en arrêt de travail n'est pas médicalement justifiée au sens de l'Al.

Sur la base de l'examen somatique réalisé ce jour au SMR et du dossier radiologique mis à disposition, aucune atteinte à caractère incapacitant de longue durée n'a été retenue chez cet assuré. Les atteintes à la santé mises en évidence sont à l'origine de limitations fonctionnelles, mais celles-ci sont parfaitement respectables dans les activités réalisées jusqu'à ce jour.

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

Bien qu'il ne soit pas contesté que l'assuré puisse souffrir de symptomatologie d'ordre dépressif d'intensité fluctuante, l'intensité de celle-ci n'a pas été d'une intensité telle qu'elle aurait justifié une mise en arrêt de travail au long cours. Il n'y a pas à reconnaître de maladie incapacitante chez cet assuré.

Concernant la capacité de travail exigible,

Elle est totale comme elle l'a toujours été depuis son arrivée en Suisse, soit dans l'activité de biologie microbienne pour laquelle l'assuré détient un certificat comme dans une autre activité.

Les atteintes à la santé objectives mises en évidence sur le plan ostéoarticulaire induisent des limitations fonctionnelles. Toute activité professionnelle qui respecte ces limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution du rendement. Les différentes activités antérieures de l'assuré (en biologie ou concierge) sont parfaitement réalisables dans le cadre des limitations somatiques imposées sans diminution de rendement".

Dans un rapport du 25 septembre 2008, le Dr C._____, médecin-chef adjoint au SMR, se référant au rapport précité des Drs D._____, et F._____, a retenu les diagnostics de scapulalgies droites et de tendinopathies des sus-épineux et sous scapulaires D, ainsi qu'une

capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 20 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des mesures d'ordre professionnel, en raison d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

B. Le 16 mars 2009, l'assuré a contesté ce préavis, se prévalant en substance d'une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique depuis toujours. Il a déposé un rapport du 3 mars 2009 du Dr M._____, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, de personnalité à traits paranoïaques ainsi que de troubles somatoformes douloureux, et retenant ce qui suit dans la partie "discussion":

"M. E._____ a vécu son enfance et son adolescence dans un cadre familial où le père a maltraité toute sa famille. Il ne se considère pas comme maltraité malgré le fait qu'il a souvent été battu, menacé de mort, injurié et pris à partie. Ses fugues de la maison étaient des tentatives d'échapper à ce contexte traumatique. La douleur psychique s'est déchargée dans le corps créant des symptômes physique (céphalées, troubles digestifs fonctionnels). M. E._____ souffre chroniquement de rechutes des états dépressifs manifestes. En traitement psychiatrique depuis environ 30 ans, il a été/est suivi pas des médecins et des spécialistes psychiatres. De nombreux traitements médicamenteux ont été essayés avec un succès partiel. Le Cipralax est le médicament qui semble le mieux lui convenir quant au rapport bénéfices/effets secondaires. Il a été réintroduit à mi-juin 2008 ce qui peut expliquer l'amélioration au niveau clinique pendant les vacances d'été (juste avant l'évaluation à l'office AI).

Lors des périodes de rémission partielle plus ou moins longues du trouble dépressif récurrent, les conséquences de sa personnalité à traits paranoïaques l'empêchent de conserver son travail. Malgré son souhait et sa conviction d'avoir une capacité de gain, il n'arrive pas à garder une place de travail en raison des conflits qu'il crée d'une manière non volontaire. La relation conflictuelle avec son père continue à s'exprimer dans toute relation hiérarchique et la moindre confrontation le met sous tension provoquant de fortes angoisses, des fantasmes de violence avec parfois des débordements verbaux.

Depuis qu'il est arrivé en Suisse il n'a jamais travaillé plus que quelques mois chez le même employeur. A mon avis M. E._____ a une incapacité de gain totale depuis de longues années. La date que j'ai mentionnée sur le premier certificat médical correspond au moment où le patient a reconnu son incapacité de travail. C'est toute la difficulté avec des patients qui ne peuvent pas travailler, mais qui estiment pouvoir le faire.

En conclusion, les années de suivi psychiatrique de ce patient ont forgé ma conviction de thérapeute que ce patient n'est pas apte à pouvoir assumer et supporter psychiquement une activité professionnelle. M. E._____ souffre effectivement d'un trouble psychiatrique complexe: trouble dépressif récurrent, personnalité à traits paranoïaques, troubles somatoformes douloureux, comorbidité à l'origine d'une incapacité de gain complète".

L'assuré a également déposé un rapport du 3 mars 2009 du Dr M._____, concernant l'examen SMR du 12 août 2008, ainsi libellé:

"Je m'exprime que par rapport à l'examen psychiatrique. D'abord je suis étonné par le nombre d'erreurs, d'omissions et interprétations personnelles de la Dresse F._____. Je vais souligner juste celles qui posent problème quant à une prise de décision correcte par rapport à l'aptitude de travail de M. E._____.

Dans «l'anamnèse professionnelle», à la page 3/11 au paragraphe 2 le patient m'informe qu'il a travaillé du 14.08 au 29.08.2003 dans l'entreprise J._____ puis comme ouvrier spécialisé à 45% (pas à 80%) dans les gymnases de X._____ à Pully et de W._____ à Lausanne du 15.09.2003 au 15.02.2004 (pas en 2007).

A la même page au paragraphe 3, d'après ses dires les cours financés par l'assurance chômage se déroulaient du 16.07 au 10.08.2007 (pas le 13.09.2007, date du début du certificat médical). Il aurait été licencié des cours le 17.07.2007 (pas le 13.09.2007).

«Le 13.09.2007, suite à une nouvelle arrivée tardive, il est pénalisé de 2 heures dans ses cours. Irrité par cette pénalisation, il se rend chez son psychiatre dont il ressort avec arrêt de travail». Cette fausse affirmation, dont je n'étais pas au courant avant la réception du rapport du 12.08.2008, est reprise à la page 8/11 dans «l'appréciation du cas» comme début de l'arrêt maladie.

La Dresse F._____ parle du patient comme s'il entrait en conflit avec son entourage d'une manière consciente et volontaire et non parce que ses conflits sont reliés à sa pathologie. Il chercherait du travail puis ensuite il ne vaudrait plus? Pourtant je l'ai signalé dans mon premier rapport adressé à l'AI, la personnalité à traits paranoïaques est, à mon avis, une pathologie qui ne lui permet pas de garder son travail. Un trouble de la personnalité est quelque chose de constant, une manière de fonctionner. A pas confondre avec une décompensation psychotique. Mon diagnostic pourtant inscrit sur la rubrique «diagnostics avec effets sur la capacité de travail» n'a pas été pris en compte.

Aucun des arguments contre un trouble dépressif récurrent ne tient la route, à la page 9/11. Il y a des patients qui récupèrent au niveau cognitif et d'autres pas entre les épisodes dépressifs. L'amélioration de l'état clinique d'août 2007 pourrait s'expliquer par le fait que le traitement de Cipralext réintroduit en juin, met 3 à 4 semaines avant d'agir. Les effets secondaires sont parfois tellement pénibles que

des patients arrêtent ou demandent de changer la médication malgré leur souffrance due à la dépression.

En plus il y a contradiction entre l'anamnèse, l'examen clinique et les arguments du rapport du 12 août 2008. Les idées suicidaires ont souvent été présentes. Dans le résumé psychiatrique du Dr Y._____ datant du 21.12.1992 dont j'ai envoyé copie à l'AI, ce médecin parle d'état dépressif et troubles somatoformes douloureux. A la page 9/11, elle utilise un bout de ce rapport pour appuyer la thèse de la dysthymie bien que le Dr Y._____ parle clairement d'un état dépressif et des troubles somatoformes douloureux. Ca s'appelle sortir l'information de son contexte et déformer son sens [...]"

Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR. Dans un rapport du 9 avril 2009, le Dr C._____ a relevé que les arguments de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position, exposant ce qui suit:

"Le rapport du Dr M._____ à Me Agier [mandataire de l'assuré] du 03.03.2009 fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger d'une personnalité à traits paranoïaques et de troubles somatoformes douloureux.

L'épisode dépressif actuel léger est basé uniquement sur les déclarations de l'assuré. En effet, dans les constatations objectives rapportées par le Dr M._____, aucun des symptômes mentionnés n'appartient à la dépression selon les critères des classifications internationales. L'argumentation de la Dresse F._____ contre un trouble dépressif récurrent n'est absolument pas démentie par les arguments du Dr M._____.

Les traits de personnalité, paranoïaques ou autres, sont un mode de fonctionnement sur le plan psychologique. Les traits de personnalité n'ont pas valeur de maladie. «Traits de personnalité» ne doit pas être confondu avec un «trouble de la personnalité», qui lui reflète un fonctionnement pathologique, et doit répondre à plusieurs critères bien définis qui ne sont pas remplis dans le cas présent (CIM-10: F60). En outre il importe de noter que tous les troubles de la personnalité ne sont obligatoirement pas incapacitants.

Les troubles somatoformes regroupent une série d'entités nosologiques ayant en commun des douleurs ou des plaintes somatiques persistantes non entièrement expliquées par un substrat organique et accompagnées d'un sentiment persistant de détresse. Ces critères ne sont pas remplis dans ce cas puisque les douleurs s'expliquent en partie par les lésions ostéo-articulaires et que la détresse n'est pas objectivée. Les plaintes douloureuses de cet assuré correspondent mieux au diagnostic de «majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques» (F68.0) qu'à des troubles somatoformes. D'ailleurs le Dr M._____ ne mentionnait pas le diagnostic de troubles somatoformes dans son rapport du 09.07.2008. Par ailleurs, les troubles somatoformes n'ont en règle générale pas valeur de maladie invalidante, sauf dans les cas d'une exceptionnelle gravité définis selon les critères de la

jurisprudence et qui ne seraient clairement pas réunis chez cet assuré.

Les critiques du Dr M. _____ à l'encontre de l'examen clinique SMR ne portent que sur des questions de détails, en particuliers de dates, sans apporter d'arguments médicaux sur le fond, de nature à jeter le doute sur la pertinence des diagnostics retenus et des conclusions basées sur des constatations médicales objectives. A noter que si l'état de santé s'est amélioré grâce au traitement, comme l'estime le Dr M. _____, nous sommes les premiers à nous en réjouir puisque c'est en effet seulement après mise en place du traitement exigible que nous pouvons légalement déterminer la capacité de travail. Nous avons ainsi la confirmation que nous avons examiné cet assuré dans les meilleures conditions pour évaluer sa capacité de travail.

En résumé, on peut retenir que le rapport du Dr M. _____ est le reflet d'une perception légèrement différente d'une même situation, teintée de l'empathie et de la subjectivité du psychiatre traitant et que, même dans cette perspective, aucun des diagnostics évoqués ne justifie une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI [...]".

Par décision du 20 octobre 2009, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'AI. Se référant à l'examen effectué par le SMR, il a retenu que l'assuré présentait les diagnostics de syndrome d'empiètement de l'épaule droite expliquant les scapulalgies et une déchirure transfixiante des muscles sus-épineux et sous-scapulaire droite, que les limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes étaient compatibles avec l'exercice de l'activité habituelle et d'une activité adaptée, qu'aucune affection invalidante n'avait été constatée sur le plan psychiatrique et que, par conséquent, la capacité de travail avait toujours été entière du point de vue médical tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

C. Par acte du 20 novembre 2009, E. _____ fait recours contre cette décision au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à titre préalable à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et au fond à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2008. En substance, il soutient qu'en présence d'avis médicaux contradictoires la cause ne peut être tranchée sans une expertise.

Dans sa réponse du 29 janvier 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il fait valoir que le dossier a été instruit à satisfaction, que les

divers éléments médicaux en présence ne justifient pas la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et qu'une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'examen du 1^{er} septembre 2008 effectué par le SMR.

Le 10 mars 2010, l'assuré maintient ses conclusions et relève que l'avis de son psychiatre traitant, le Dr M._____, a sérieusement mis en doute les affirmations du médecin psychiatre de l'AI, la Dresse F._____, au sujet des diagnostics et de l'incapacité de travail, de sorte qu'une expertise psychiatrique doit être mise en œuvre, sous peine de violer le principe de l'égalité des armes.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Se fondant sur une jurisprudence récente (TF 8C_216/2009 du 28 octobre 2009), le recourant soutient que ne pas ordonner d'expertise reviendrait à violer le principe de l'égalité des armes. Il convient d'examiner cette question, préalablement à l'examen au fond du litige.

Selon cet arrêt, publié (ATF 135 V 465), même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (consid. 4). Cela n'est pas requis dans le cas présent, dès lors que le recourant ne demande pas précisément l'établissement d'une expertise par un médecin externe à l'assurance, soit au SMR, et que de toute façon on ne voit pas en quoi le rapport établi par les Drs D._____ et F._____ susciterait des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales au point de devoir mettre en œuvre une telle expertise.

b) Par ailleurs, le principe de l'égalité des armes, qui découle du droit à un procès équitable ancré aux art. 29 al. 1 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101] et 6 § 1 CEDH [Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, RS 0.101], requiert que chaque partie se voie offrir une possibilité raisonnable de présenter sa cause dans des conditions qui ne la placent pas dans une situation de net désavantage par rapport à son adversaire (TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.1; TF 1C_273/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.1). Il s'agit en particulier de la faculté pour l'assuré de présenter des pièces médicales de ses médecins traitants ou de spécialistes afin, le cas échéant, d'être en mesure de réfuter les conclusions et les constatations des rapports médicaux sur lesquels se fonde l'assureur social (ATF 135 V 465 consid. 4.5).

Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi l'intimé aurait violé le principe de l'égalité des armes au détriment du recourant. En effet, ce dernier a eu l'occasion de se déterminer sur les conclusions du rapport d'examen du SMR, de les discuter et de les réfuter en produisant deux rapports médicaux établis par le Dr M. _____, lesquels ont été portés à la connaissance de l'OAI. Le fait que l'intimé ait décidé de se fonder sur l'avis du SMR plutôt que sur celui du psychiatre traitant de l'assuré relève quant à lui du principe de la libre appréciation des preuves et non de l'égalité des armes (TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2). Il convient donc d'entrer en matière sur le fond du litige.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer

dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

c) Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un 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; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43; TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). Un rapport du SMR peut avoir valeur d'expertise s'il ne laisse pas substituer de doutes (TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

4. a) Le droit du recourant à des prestations d'invalidité est litigieux dans la présente cause. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Sur la base de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr M._____, il se prévaut d'une incapacité de travail totale en raison de troubles psychiques. Pour sa part, l'OAI nie l'existence d'une telle atteinte. Il convient donc d'examiner la problématique psychique du recourant.

b) Dans leur rapport du 1^{er} septembre 2008, suite à l'examen effectué le 12 août 2008, les Drs D._____ et F._____ n'ont pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychique. S'agissant de la recherche des éléments dépressifs, ils ont indiqué qu'il n'y avait pas de trouble cognitif, que la mémoire de l'assuré était bonne, que la concentration et l'attention l'étaient, d'une manière contrôlable; ils ont fait part d'une impression de satisfaction dans une existence peu active, indiquant que le tableau observé était celui d'une dysthymie. Ils ont mis en évidence plusieurs éléments infirmant une composante incapacitante d'un trouble dépressif récurrent en rémission, à savoir l'absence de séquelles cognitives (qui permettait d'exclure des antécédents de dépression sévère et durable), l'amélioration de l'état de santé à l'occasion d'un départ en vacances ou lorsque son épouse est présente pour le soutenir (qui parlait en faveur d'une dysthymie et non d'une dépression figée), des plaintes de polyurie (infirmant un état sévèrement déprimé), une capacité de lire les journaux et de vaquer sur Internet (confirmant l'absence d'atteinte cognitive significative), des difficultés à se lever le matin et l'absence de réveil précoce (infirmant une

pathologie dépressive) et l'absence de tentamen, ainsi que de scénarios suicidaires depuis son séjour en Algérie.

Les médecins du SMR ont ensuite relevé que si l'assuré peine à se lever le matin lorsqu'il se trouve en période dépressive, il est capable d'exercer une activité professionnelle à plein temps dans sa formation ou dans une activité non-qualifiée. Au sujet du rapport du Dr M. _____ du 9 juillet 2008, ils ont tenu pour difficile de s'accorder à un diagnostic d'épisode dépressif sévère lorsqu'il n'y a pas de pensées suicidaires, pas de trouble cognitif et que le traitement mentionné par le psychiatre est aussi léger, précisant que le trouble de la personnalité n'était en tout cas pas décompensé. Enfin, ils ont relevé que le tableau actuel était tout à fait superposable à celui constaté par le Dr Y. _____ dans son rapport du 21 décembre 1992 (qui avait inscrit au status l'absence de trouble de la lignée dépressive), indiquant que l'assuré était subjectivement bien plus souffrant que ce que l'on pouvait objectiver.

c) Pour sa part, dans son rapport du 9 juillet 2008, le Dr M. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité à traits paranoïaques, depuis 1986, ainsi qu'une incapacité de travail dans la dernière activité exercée de 100 % depuis le 13 septembre 2007 pour une durée indéterminée. A ce sujet, les motivations de ce praticien, pour le moins succinctes et peu motivées, ne sauraient justifier que l'on s'écarte de l'avis précité des médecins du SMR. Par la suite, dans son rapport du 3 mars 2009, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et de personnalité à traits paranoïaques; se basant sur l'anamnèse ainsi que sur le suivi médicamenteux et psychiatrique de l'assuré, il a retenu que ce dernier ne pouvait supporter psychiquement une activité professionnelle, se fondant notamment sur l'assertion suivante:

"Lors des périodes de rémission partielle plus ou moins longues du trouble dépressif récurrent, les conséquences de sa personnalité à traits paranoïaques l'empêchent de conserver son travail. Malgré son souhait et sa conviction d'avoir une capacité de gain, il n'arrive pas à garder une place de travail en raison des conflits qu'il crée d'une manière non volontaire. La relation conflictuelle avec son père

continue à s'exprimer dans toute relation hiérarchique et la moindre confrontation le met sous tension provoquant de fortes angoisses, des fantasmes de violence avec parfois des débordements verbaux".

Il en découle que, de l'avis du psychiatre traitant, l'incapacité de travail de l'intéressé s'explique en raison de la personnalité à traits paranoïaques. Cela a également été relevé par ce praticien dans son rapport du 3 mars 2009 concernant l'examen SMR du 12 août 2008: "Pourtant je l'ai signalé dans mon premier rapport adressé à l'AI, la personnalité à traits paranoïaques est, à mon avis, une pathologie qui ne lui permet pas de garder son travail. Un trouble de la personnalité est quelque chose de constant, une manière de fonctionner". A ce sujet, le Dr C._____ a relevé ce qui suit dans son rapport SMR du 9 avril 2009:

"Les traits de personnalité, paranoïaques ou autres, sont un mode de fonctionnement sur le plan psychologique. Les traits de personnalité n'ont pas valeur de maladie. «Traits de personnalité» ne doit pas être confondu avec un «trouble de la personnalité», qui lui reflète un fonctionnement pathologique, et doit répondre à plusieurs critères bien définis qui ne sont pas remplis dans le cas présent (CIM-10: F60). En outre il importe de noter que tous les troubles de la personnalité ne sont obligatoirement pas incapacitants".

Dans ces conditions, l'avis du Dr C._____ est plus convaincant que celui du Dr M._____, notamment parce que l'avis de ce médecin du SMR, plus fouillé et précis, se réfère à des méthodes scientifiques, en l'occurrence au système de classification internationale de la CIM-10, soit à des données objectives. A cela s'ajoute que la Dresse F._____ a relevé que le trouble de la personnalité n'était en tout cas pas décompensé (rapport du 01.09.2008, p.9). On retiendra donc que l'atteinte de personnalité à traits paranoïaques dont fait état le psychiatre traitant, si elle devait être admise au degré de vraisemblance prépondérante, n'est pas propre à justifier une incapacité de travail.

d) En outre, le Dr M._____ n'atteste pas d'une dépression sévère; il précise au contraire que son patient est atteint, selon lui, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (rapport du 03.03.2009). Sur ce point, le Dr C._____ a indiqué ce qui suit dans son rapport SMR du 9 avril 2009:

"L'épisode dépressif actuel léger est basé uniquement sur les déclarations de l'assuré. En effet, dans les constatations objectives rapportées par le Dr M._____, aucun des symptômes mentionnés n'appartient à la dépression selon les critères des classifications internationales. L'argumentation de la Dresse F._____ contre un trouble dépressif récurrent n'est absolument pas démentie par les arguments du Dr M._____".

A l'instar des Drs F._____ et C._____, on retiendra donc que l'assuré ne présente pas de dépression sévère. Les explications du médecin-chef adjoint du SMR, qui s'appuient sur des critères objectifs (système de classification internationale selon la CIM-10) et non seulement sur les déclarations de l'assuré (qui sont des données subjectives), emportent la conviction du tribunal. Que le Dr M._____ ait relevé, au contraire de la Dresse F._____, que son patient faisait souvent état d'idées suicidaires (rapport du 03.03.2009 concernant l'examen du SMR) ne saurait suffire à remettre en cause les motivations des médecins du SMR. En effet, la Dresse F._____ a considéré comme difficile de s'accorder à un diagnostic d'épisode dépressif sévère non seulement lorsqu'il n'y a pas de pensées suicidaires, mais également lorsqu'il n'y a pas de trouble cognitif et que le traitement médicamenteux est aussi léger (rapport du 01.09.2008, p. 9).

Pour le surplus, les critiques émises par le Dr M._____ à l'encontre du rapport d'examen du 1^{er} septembre 2008 du SMR, lorsqu'elles portent sur certaines incohérences (notamment des erreurs de dates), ne sont pas de nature à s'écarter de l'avis des médecins du SMR. Les remarques du psychiatre traitant au sujet du traitement médicamenteux (rapport du 03.03.2009 concernant l'examen du SMR) ne permettent pas de justifier une incapacité de travail; au contraire, elles semblent indiquer une amélioration de l'état de santé de l'intéressé, ainsi que l'a relevé le Dr C._____ (rapport du 09.04.2009). En outre, si le Dr M._____ a relevé que la "Dresse F._____ parle du patient comme s'il entrait en conflit avec son entourage d'une manière consciente et volontaire et non parce que ses conflits sont reliés à sa pathologie", on ne voit pas en quoi les constatations et l'appréciation de cette psychiatre, rédigées de façon neutre et objective, iraient dans ce sens. Enfin, le

médecin-chef adjoint du SMR a noté que "le rapport du Dr M._____ est le reflet d'une perception légèrement différente d'une même situation, teintée de l'empathie et de la subjectivité du psychiatre traitant [...]", ce qui ne peut que corroborer le fait que l'avis du Dr M._____ doit, de jurisprudence constante, être considéré avec les réserves d'usage, étant donné qu'il s'agit du psychiatre traitant de l'assuré.

e) On retiendra donc que le recourant ne présente pas d'affection psychique justifiant une incapacité de travail. Sur ce point, l'avis des médecins du SMR est déterminant par rapport à celui du psychiatre traitant. On ajoutera à cela que le rapport d'examen du 1^{er} septembre 2008 établi par les Drs D._____ et F._____, sur le plan psychique, contient une anamnèse détaillée, un status psychiatrique, la prise en compte des plaintes de l'assuré, une appréciation circonstanciée et étayée ainsi que des conclusions claires et dûment motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue.

5. Le recourant ne critique pas les constatations ni les diagnostics sur le plan somatique retenus par les médecins du SMR. Rien ne permet de mettre en doute, comme l'ont relevé les Drs D._____ (rapport du 01.09.2008) et C._____ (rapport du 25.09.2008), que l'assuré présente les diagnostics de scapulalgies droites et de tendinopathies des sus-épineux et sous scapulaires D de même qu'une capacité de travail de 100 % correspondant à ses limitations fonctionnelles sur le plan physique. Quoiqu'il en soit, d'après le recours, tel n'est pas l'objet de la contestation.

6. Le recourant ne prétend pas qu'il souffrirait d'un trouble somatoforme douloureux. Ce diagnostic a toutefois été posé par les Drs M._____ (rapport du 03.03.2009) et Y._____ (rapport du 21.12.1992) mais n'a pas été retenu par les Drs D._____ et F._____ (rapport du 01.09.2008) et a été expressément écarté par le Dr C._____ au profit du diagnostic de "majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques" (rapport du 09.04.2009), de sorte qu'on peut se demander s'il doit être retenu au degré de vraisemblance prépondérante.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas démontré au vu du dossier que le recourant souffrirait d'un état dépressif majeur (comorbidité psychiatrique) ou d'un autre critère déterminant (notamment un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires) permettant de reconnaître selon la jurisprudence un caractère invalidant aux troubles somatoformes douloureux, lesquels n'entraînent pas en règle générale une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2; TF 9C_567/2009 du 23 mars 2010). Le Dr C._____ a du reste précisé que les critères permettant de reconnaître un caractère invalidant aux troubles somatoformes n'étaient "clairement pas réunis" chez l'assuré (rapport du 09.04.2009), ce qui n'est contredit par aucun document médical au dossier.

En outre, le diagnostic de fibromyalgie, posé par le Dr I._____ (rapport du 14.07.2008) semble ne pas pouvoir être admis selon la vraisemblance prépondérante, dès lors qu'il a été infirmé par les Drs D._____ et F._____ (rapport du 01.09.2008) et qu'un tel diagnostic est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3). Au demeurant, les critères posés par la jurisprudence permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie étant les mêmes que ceux pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2), la remarque qui précède est également applicable, de sorte que le diagnostic de fibromyalgie, s'il devait être admis, ne justifierait pas non plus d'invalidité au sens de l'AI.

7. a) Si l'administration 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 prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009

consid. 2.2; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2).

b) Au vu des considérants qui précèdent, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit tranchée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction réclamée par le recourant visant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

8. Partant, les griefs sont mal fondés et le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision de l'OAI du 20 octobre 2009.

9. 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, ce dernier n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 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 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 20 octobre 2009 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cent francs) est mis à la charge du recourant E._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat, Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour E. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :