

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mars 2011

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Zbinden et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Bussigny-près-Lausanne, recourant, représenté par Me  
Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1; art. 28 al. 2 LAI; art. 7; art 8 al.1; art 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 29 novembre 1973, a travaillé depuis 1994 comme constructeur d'appareils industriels B auprès des K. \_\_\_\_\_, à Sion. En arrêt de travail à 50% depuis mars 1998 et à 100% depuis le 15 juillet 1998, il a déposé le 21 août 1998 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais, en indiquant souffrir de lombalgies chroniques. Son contrat de travail a été résilié pour le 31 janvier 1999.

**b)** L'Office cantonal AI du Valais a recueilli divers rapports médicaux des Drs [...], [...] et [...]. Dans un avis du 20 avril 1999, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin dudit Office, a retenu ce qui suit :

"P. cfc de serrurier

D. Lombalgies d'effort et petite HD L5-S1 médiane et paramédiane  
G.

-> le substrat organique existe incontestablement et justifie l'étude de MOP puisque l'assuré exerce une activité réputée lourde.

-> l'intervention du Service de Réadaptation est médicalement justifiée.

limitations habituelles pour les assurés souffrant et/ou ayant été opéré du dos.

Dans une activité adaptée, la CT est entière."

**c)** Des mesures professionnelles (art. 17 LAI) ont alors été octroyées à l'assuré par l'Office cantonal AI du Valais et poursuivies par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Ces mesures ont débouché sur l'obtention d'un CFC d'employé de bureau au mois de juin 2002. L'assuré a alors raccordé sur un apprentissage d'employé de commerce, mais a échoué aux examens de juin 2004, puis à

nouveau aux examens de juin 2006. Il obtiendra finalement son CFC d'employé de commerce en juin 2008.

**d)** Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué, auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), le 7 mars 2007 par le Dr W.\_\_\_\_\_ pour le volet rhumatologique et par la Dresse U.\_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique. Dans leur rapport du 11 avril 2007, ces médecins ont notamment retenu ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- LOMBALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES STATIQUES M 54.5.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- DIFFICULTÉ D'ADAPTATION À UNE NOUVELLE ÉTAPE DE LA VIE Z 60.0.

APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS

Assuré d'origine érythréenne, naturalisé suisse, en incapacité de travail depuis février 1999. Dans le cadre de mesures de remplacement professionnel, l'assuré a bénéficié de formations avec obtention de CFC en tant qu'employé de bureau, employé de commerce, de plus une formation de comptable a été financée par l'assurance chômage. L'assuré revendique des douleurs lombaires constantes depuis 1997, à la suite d'un faux mouvement, associé à cette symptomatologie somatique, l'assuré déclare aussi des troubles psychologiques sous la forme d'un état dépressif. Une expertise rhumatologique rendue par N.\_\_\_\_\_ [...] en date du 11 juillet 2005, concluait à une capacité de travail résiduelle de 75% en raison de lombalgies chroniques.

Notre examen clinique de ce jour, met essentiellement en évidence des signes de non organicité selon Waddell (5 sur 5) en faveur d'un processus non organique. L'examen ostéoarticulaire n'a pas mis en évidence de limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles imposées par une attitude oppositionnelle de la part de l'assuré. Sur

le plan neurologique, aucun déficit objectif n'a été mis en évidence. L'examen de médecine générale est dans les limites de la norme physiologique, hormis une gynécomastie bilatérale connue depuis de nombreuses années.

Sur le plan radiologique, une investigation réalisée au mois de juillet 2005 au niveau de la colonne dorsolombaire, retenait un trouble statique mineur sans mise en évidence de troubles dégénératifs spécifiques. Depuis lors, aucune autre investigation n'a été réalisée.

En conclusion : assuré de 35 ans, en incapacité de travail depuis 1999, en raison de lombalgies chroniques sur un trouble statique mineur. Notre examen clinique de ce jour, met en évidence uniquement des signes de non organicité (5/5 signes selon Waddell). En [l']absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant, nous estimons que cet assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité à faible charge physique. En raison de la présence d'un syndrome algique lombaire chronique (lombalgies chroniques aspécifiques), évoluant actuellement depuis une dizaine d'années, l'activité habituelle de l'assuré présente des contres-indications raison pour laquelle nous estimons une diminution de rendement de l'ordre de 25% en accord avec l'expertise du [...], rendue au mois de juillet 2005.

Dans l'expertise médicale du 11 juillet 2005, le [...] pose les diagnostics de lombalgie chronique depuis 1999 et dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il retient, tuberculose pulmonaire depuis 1995 et selon lui une incapacité de travail de 25% est admise depuis 1999.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

La symptomatologie dépressive réactionnelle, décrite par l'assuré en 2004, n'a pas été objectivée à l'examen. Il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive qui actuellement est en rémission complète.

Par ailleurs, nous ne sommes en possession d'aucun document psychiatrique qui puisse attester une quelconque pathologie psychiatrique.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

L'assuré n'est pas démonstratif et il ne présente pas d'amplification verbale des plaintes somatiques ni de sentiment de détresse ou de signe de souffrance physique pendant l'entretien. Les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

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

Les limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétitive, éviter les positions en porte-à-faux et en antéflexion du rachis à répétition contre résistance, pas de position assise au-delà de 1 heure sans possibilité de varier la position assise-debout, pas de position statique debout au-delà de 30 min.

Pas de limitations fonctionnelles psychiatriques.

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

Assuré au bénéfice de prestations de l'Al sous forme de mesures de reclassement professionnel depuis 1999.

Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

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

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, nous pouvons attester que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité à faible charge physique. Les 2 activités pour lesquelles l'assuré a suivi des formations à la charge de l'AI (employé de bureau et employé de commerce) sont des activités tout à fait adaptées aux limitations fonctionnelles. Dans de telles activités, la capacité de travail est considérée à 100% sans diminution de rendement. Dans son activité antérieure qui présente des fortes charges physiques occasionnelles, une diminution de rendement de 25% est retenue.

Concernant la capacité de travail exigible, Dans son activité habituelle 75%, depuis 1999.

En l'absence d'une pathologie psychiatrique, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100%, sans diminution de rendement et ceci depuis 1999. »

**e)** Dans un rapport d'examen SMR du 16 mai 2007, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"Il s'agit d'un assuré de 34 ans, d'origine somalienne, naturalisé Suisse, en Suisse depuis les années 90 comme requérant d'asile au départ. L'assuré a suivi une formation de construction d'appareils industriels et obtenu son CFC après 4 ans d'étude. Du 01.07.94 au 31.01.99, il a travaillé comme constructeur d'appareils industriels, employé par K. \_\_\_\_\_ à Sion à 100% et depuis mars 98 à 50%. Il n'a plus travaillé dans cette entreprise dès le 31.01.99. Diverses mesures professionnelles ont été effectuées qui ont toutes abouties à des échecs, l'assuré essayant de limiter sa capacité de travail à 50, voire au maximum à 75% (voir à ce propos les différents avis SMR).

Une première expertise rhumatologique nous étant parvenue plusieurs mois après sa réalisation, des questions complémentaires n'ont pas pu être posées au [...]. Une origine psychique semblant être possible, nous avons organisé un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR, dont le rapport d'examen clinique du 11.04.07 fait partie intégrante de ce rapport SMR.

L'assuré présente des lombalgies chroniques sur trouble statique présentes depuis 1999. A noter une grande discordance entre les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques, ainsi que la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell (5/5). D'un point de vue psychique, l'assuré ne présente pas de trouble somatoforme douloureux, les critères diagnostics n'étant pas présents.

Au vu de ce que qui précède, nous pouvons retenir que cet assuré a toujours présenté une capacité de travail de 75% depuis 1999 dans son ancienne activité, mais par contre dans une activité adaptée [telle] que [c]elle apprise à l'AI comme employé de bureau ou employé de commerce, sa capacité a toujours été entière depuis 1999.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons retenir que cet assuré présente des facteurs extra médicaux pour expliquer son refus de travailler à 100% dans une activité adaptée et nous vous laissons le soin de déterminer la suite à donner à ce dossier en tenant compte de l'examen rhumatologique et psychiatrique du 07.03.07. Nous restons à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires si besoin. "

**f)** D'un rapport intermédiaire adressé le 9 octobre 2007 par la Division réadaptation à la Division administrative de l'OAI, il ressort notamment ce qui suit :

"L'assuré conteste la pleine capacité dans une activité adaptée, mais se dit disposé et intéressé à bénéficier d'une aide au placement dans l'exercice d'une activité dans le domaine de la

comptabilité à 60% en milieu économique. Dans cette perspective, il nous fait parvenir son dossier de candidature.

Sans atteinte à la santé, en qualité de constructeur d'appareils industriels, M. A.\_\_\_\_\_ aurait pu prétendre, en 2007, à un salaire annuel brut de Sfr. 56'110.- correspondant à la catégorie C d'un travailleur avec CFC après 2 ans de pratique, selon le barème 2007 du canton de Vaud pour les métiers de la construction métallique, de l'isolation et du calorifugeage.

L'exercice d'une activité adaptée en tant qu'employé de bureau de niveau B pour une personne âgée de 34 ans, lui permettrait de gagner un salaire minimum de Sfr. 52'303.- selon le barème du canton de Vaud, en ce qui concerne l'année 2007. Par conséquent, il ne semble pas exister de préjudice économique justifiant le droit à des prestations financières de notre Assurance. Nous vous laissons le soin de statuer sur cette base."

**g)** Après l'obtention de son CFC d'employé de commerce en juin 2008, l'assuré a fait de nombreuses offres de travail, mais n'a reçu que des réponses négatives.

Le 5 janvier 2009, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, a adressé à l'OAI une lettre dont la teneur était la suivante :

"Comme vous le savez, je suis le médecin-traitant de M. A.\_\_\_\_\_ depuis 2006.

Depuis des mois, j'ai encouragé M. A.\_\_\_\_\_ à retrouver une activité professionnelle, estimant qu'il n'avait pas d'affection somatique invalidante.

Ces derniers temps, comme vous avez pu le constater vous-même, l'état psychique de M. A.\_\_\_\_\_ est mauvais, avec des troubles anxieux importants et un état dépressif qui s'est aggravé. Pour cette raison, j'estime qu'à l'heure actuelle, mais de façon temporaire espérons-le, M. A.\_\_\_\_\_ est incapable de travailler. Je lui ai

resprescrit un antidépresseur, je l'ai incité à consulter un psychiatre et je vous tiendrai au courant de l'évolution. Je continue de penser que la reprise d'une activité professionnelle même à temps partiel, serait extrêmement bénéfique pour M. A. \_\_\_\_\_."

**h)** Dans un rapport médical du 13 mai 2009 adressé à l'OAI, la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Lausanne, a indiqué ce qui suit :

*"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail / Existant depuis quand?"*

Pas de diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail

*Diagnostics sans effet sur la capacité de travail / Existant depuis quand?"*

Trouble de personnalité borderline à forte composante narcissique /  
Plusieurs années

*1.2 Traitement ambulatoire par vous-même*

du 27.01.2009 au 27.02.2009 + 6.04 pour le présent rapport.

*Date du dernier contrôle*

27.02.2009 + 6.04

(...)

*Symptômes actuels/état actuel*

Sur le plan de la thymie il existe un état dépressif moyen, lié également à un négativisme important. Il semble avoir une consommation régulière d'alcool difficile à évaluer par anamnèse. Il se positionne en victime et présente une attitude très revendicatrice à l'égard des personnes et organismes qui tentent de l'aider tout en mettant en échec leurs efforts, lui-même n'en fournissant guère.

Douleurs dorsales, crampes dans les jambes, état dépressif.

*Pronostic*

Médiocre – mauvais

*1.5 Nature et importance du traitement actuel*

[...] 20 mg [...] 50 mg [...] 1 cp. [...] et antiacide. Un traitement de soutien a été tenté mais le patient ne collabore pas.

(...)

*1.7 Questions sur l'activité exercée à ce jour*

*Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?*

L'assuré présente un trouble de personnalité qui en soi ne devrait pas limiter sa capacité de travail. Mon hypothèse est qu'il prend probablement les difficultés de la vie pour des offenses personnelles et attend une forme de réparation de cela de la part des autres. C'est ambigu car le trouble est sévère mais il me semble que rester ou sortir de cette position de victime lésée par la vie, relève en partie du choix de l'assuré et de sa responsabilité.

*Comment se manifestent-elles au travail?*

par un refus de collaborer et de prendre en charge sa part de responsabilité.

*D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?*

Oui.

*A quel degré ?*

Sur le plan strictement psychiatrique à 100%."

**i)** Dans un rapport médical du 5 juin 2009 adressé à l'OAI, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

*« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail / Existant depuis quand? »*

Trouble dépressif récurrent / Probablement depuis 1998

Trouble somatoforme douloureux / 1998

#### *1.4 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)*

Le patient souffre de lombalgies évoluant depuis 1996. Un reclassement professionnel a été accordé par l'AI avec acquisition d'un CFC d'employé de bureau. Depuis que je connais le patient, c'est-à-dire 2006, la situation évolue défavorablement. M. A. \_\_\_\_\_ se plaint de lombalgies persistantes, sans constatation objective à l'examen clinique. Sur le plan psychique, il est très anxieux et déprimé. En raison de l'aggravation des troubles psychiques en 2007, j'ai attesté d'une incapacité de travail de 100% dès février 2007 alors qu'auparavant j'estimais que M. A. \_\_\_\_\_ était apte à travailler comme employé de bureau et devait faire des recherches actives pour retrouver un emploi.

#### *Symptômes actuels/état actuel*

A l'heure actuelle, je suis régulièrement M. A. \_\_\_\_\_, il reçoit des antidépresseurs, parfois de la physiothérapie, des antalgiques ou des AINS.

#### *Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée (...)*

100%. Depuis février 2007. Si l'état psychique devait s'améliorer, je pense qu'il pourrait retrouver une capacité de travail comme employé de bureau, mais probablement avec un rendement réduit."

**j)** Le 9 juillet 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_ a établi un avis médical SMR dont la teneur est la suivante :

"Assuré somalien, arrivé adolescent en Suisse, au bénéfice d'une formation initiale de constructeur d'appareils industriels B avec CFC, puis d'un reclassement comme employé de commerce et en comptabilité en 2005 avec l'aide de l'AI, justifiée par des lombalgies chroniques sur troubles statiques.

Le rapport d'examen SMR du 16.05.2007 stipulant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas donné lieu à une décision, pour des raisons que j'ignore.

Depuis il n'a jamais travaillé, s'estimant incapable de travailler à plus de 60%. Il a néanmoins fait de nombreuses offres de travail, admettant implicitement une pleine capacité de travail.

L'AI a mis fin à l'aide au placement fin 2007.

Le 05.01.2009 la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin traitant, signale une détérioration de l'état psychique de l'assuré qu'elle espère transitoire, attestant une incapacité de travail sans donner de date. Elle mentionne un suivi psychiatrique.

La psychiatre traitant (que l'assuré a toutefois quitté depuis) n'atteste aucune incapacité de travail pour raison psychiatrique.

Dans son rapport médical du 05.06.2009 la Dresse X.\_\_\_\_\_ atteste néanmoins une incapacité de travail totale, et ce depuis février 2007, ce qui est tout-à-fait inadmissible, étant donné le processus d'aide au placement et les tentatives de l'assuré de trouver du travail.

Au jour d'aujourd'hui il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'examen SMR, et il serait souhaitable qu'une décision puisse être rendue rapidement. La détérioration de l'état psychique actuel ne peut être admise comme justification d'une incapacité de travail compte tenu du rapport psychiatrique.

Comme l'a souligné la psychiatre: c'est la place de cet assuré dans notre société qui pose problème, bien plus qu'une atteinte à la santé, et cette situation n'a pas changé, il n'y a donc pas lieu d'admettre un état non-stabilisé comme justification d'un nouveau report d'une décision."

**B.**        **a)** Le 6 octobre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente. Il a constaté que la réadaptation professionnelle de l'assuré était achevée et que, de ce fait, celui-ci pouvait réaliser un revenu qui excluait le droit à une rente ; en effet, de l'avis du Service médical régional de l'AI, sa capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée, telle qu'employé de commerce.

**b)** Par lettre du 3 novembre 2009, l'assuré, représenté par l'avocat Philippe Nordmann, a indiqué qu'il était traité par le Secteur psychiatrique ouest à Prangins, par la Dresse S.\_\_\_\_\_, mais que celle-ci avait fini son activité professionnelle auprès de cet hôpital et avait été remplacée par la Dresse V.\_\_\_\_\_, qui le suivait pour dépression et devrait être à même d'établir un premier rapport vers fin 2009.

**c)** Dans un rapport médical du 19 avril 2010 adressé à l'OAI et contresigné par la Dresse D.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe au Secteur psychiatrique ouest de Prangins, la Dresse V.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_, médecin assistante, a indiqué ce qui suit :

*"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail / Existant depuis quand?*

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11)  
Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) / 1996

*Diagnostics sans effet sur la capacité de travail / Existant depuis quand?*

Difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56) / 2008

*1.2 Traitement ambulatoire par vous-même*

28.10.2009 à ce jour

*Date du dernier contrôle*

24.03.2010

(...)

*1.4 Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)*

Patient âgé de 37 ans, d'origine somalienne, divorcé, père de deux enfants (11 et 9 ans). Le patient est le 7<sup>ème</sup> d'une fratrie de 10 enfants et quitte son pays natal, la Somalie, en 1989, pour immigrer clandestinement en Suisse via l'Ethiopie et l'Italie, en raison des atrocités de la guerre (son frère aîné a été assassiné par les militaires). Il aurait été par la suite placé par le SPJ dans une famille d'accueil (printemps 1990). Il commence alors divers stages puis un apprentissage de serrurier et obtient son CFC en 1994. En 1996, il aurait subi un accident sur son lieu de travail ayant voulu retenir une pièce de métal à bout de bras. Monsieur aurait alors banalisé les douleurs dans un premier temps. Puis, en raison de la recrudescence de la symptomatologie algique, il consulte six mois plus tard le Dr Q. \_\_\_\_\_ à Sion qui l'adresse à un chiropraticien qui effectue des radiographies. Le patient comprend que « ses vertèbres auraient été déplacées et ses muscles écrasés ». Au vu de la persistance des douleurs, le patient est alors hospitalisé à la Clinique de Gravelone (ex Suva) pendant 3 semaines en décembre 1997. Après une longue période de convalescence, le patient quitte son emploi en accord avec son employeur.

M. A. \_\_\_\_\_ envoie une demande AI en août 1998 et l'AI lui propose alors une réinsertion professionnelle et l'adresse à l'ORIPH en novembre 1999, où il effectue divers stages. En février 2000, il débute une formation d'employé de bureau à Yverdon, financée par l'assurance invalidité et obtient son CFC. Monsieur se plaint alors de ne pas pouvoir rester en position assise pour effectuer son travail et

demande de poursuivre sa formation en tant qu'employé de commerce. Il finit par obtenir son CFC en 2008. Depuis lors, il ne trouve malheureusement pas de poste correspondant à sa formation. Le patient est actuellement au bénéfice d'un revenu minimum d'insertion. Le patient se sépare en 2002 de son épouse, le divorce sera prononcé en 2005, madame obtient la garde des enfants alors que monsieur s'en occupe un week-end sur deux et pendant la moitié des vacances, ainsi qu'un jour de la semaine, à bien plaisir. Le patient décrit une péjoration de son humeur depuis 1999, et tente plusieurs suivis psychiatriques, notamment auprès de la Dresse [...] à Yverdon en 2003-2004, puis à la policlinique de Chaudron où il effectue des thérapies de groupe d'orientation cognitivo-comportementale centrées sur la dépression et l'anxiété. Il aurait bénéficié de plusieurs traitements médicamenteux, notamment du Deroxat.

#### *Constat médical*

Patient faisant son âge, à l'hygiène et la tenue vestimentaire soignées, s'exprime dans un français informatif et clair. Il est calme, collaborant, orienté aux quatre modes. Sa thymie est déprimée, le patient pleurant souvent au cours de l'entretien. Il décrit d'importants troubles de l'appétit, (un seul repas par jour, mais poids stable), ainsi que des troubles du sommeil marqués par des réveils fréquents et matinaux, une tristesse qu'il évalue à 5/10, une anxiété évaluée à 6/10, des ruminations, mais pas d'idées suicidaires. Le patient se plaint également d'une diminution de ses capacités de concentration et d'attention ainsi que la perte de l'estime et de la confiance en soi renforcée par les fins de non-recevoir à ses nombreuses demandes d'emplois. Absence de troubles du contenu ou du cours de la pensée ou de tout autre symptôme floride de la lignée psychotique.

#### *Pronostic*

Réservé.

#### *1.5 Nature et importance du traitement actuel*

Traitement psychothérapeutique de soutien et traitement chimiothérapeutique.

*Médication actuelle (y compris le dosage)? / Laquelle?*

[...] 50 mg, 1 cp par jour / [...] 4 à 6 cps par jour / [...] 10 mg: 1 cp par jour // [...] 2 cps par jour // [...] 2 cps/jour.

*Recommandations pour la future thérapie*

Inchangée.

*Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que:*

Le patient est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce (comptable) et depuis 2008, il n'a malheureusement jamais trouvé de poste correspondant à sa formation [ ;] depuis lors, au regard de la pathologie psychiatrique présentée actuellement par le patient, une activité dans ce domaine à 60% (incapacité de 40%) pourrait être envisagée."

**d)** Dans un avis médical SMR du 9 juillet 2010, le Dr A. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

"Le rapport des Dresses D. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ du 19.04.2010 retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et syndrome douloureux somatoforme persistant. Pourtant ni l'anamnèse, ni le constat médical figurant sous 1.4 du rapport ne mettent en évidence les critères diagnostiques nécessaires pour poser ces diagnostics. L'anamnèse met en évidence des difficultés psycho-sociales et d'intégration dans le monde du travail mais nullement une affection médicale justifiant une incapacité de travail. Quant au constat médical, il se borne aux plaintes subjectives rapportées par le patient, sans pouvoir faire état d'éléments médicaux objectifs ; par exemple, l'assuré se plaint « d'important troubles de l'appétit » mais son poids est stable. Une

telle plainte ne peut pas avoir valeur de symptôme d'un épisode dépressif. De même, il n'est jamais fait état de « plaintes somatiques multiples et variables, pendant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable », ni d'un « sentiment persistant de détresse » et pourtant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu.

Les psychiatres traitant fixent la capacité de travail à 60%, sans justification médicale. La description clinique correspond tout à fait à celle faite le 13.05.2009 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, alors psychiatre traitant, qui, elle, retenait une capacité de travail entière.

En conclusion, le rapport du 19.04.2010 ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau et les nouveaux diagnostics posés ne reposent pas sur des bases médicales rigoureuses, conforme à une classification internationale reconnue, comme l'exige la jurisprudence. Objectivement, l'état de santé et l'exigibilité sont inchangés depuis le rapport d'examen SMR du 16.05.2007."

**e)** Le 6 août 2010, l'OAI a rendu une décision de même teneur que son projet de décision du 6 octobre 2009 (cf. lettre B.a supra). Dans une lettre explicative également datée du 6 août 2010, il a indiqué que de l'avis du SMR, le rapport médical de la Dresse V.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la position exprimée dans le projet de décision, qui devait dès lors être confirmé.

**C. a)** L'assuré, représenté par l'avocat Philippe Nordmann, a recouru contre cette décision par acte du 7 septembre 2010, posté le même jour, en concluant avec suite de frais et dépens à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit à une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à un quart de rente d'invalidité, dès telle date que justice dira. Il fait valoir que, atteint dans sa santé, à la fois par ses problèmes de dos et ses problèmes psychiques, il a néanmoins tout tenté pour échapper à l'invalidité. Alors qu'il était auparavant serrurier, il a fait l'effort d'accomplir une formation complète d'employé de bureau, obtenant finalement un CFC en 2008, pensant qu'il pourrait ainsi

retrouver une capacité de travail complète. Il a dû malheureusement déchanter, parce que ses problèmes physiques et psychiques – et surtout l'interaction entre les deux – ont fait qu'à partir de 2008 environ, il n'a plus bénéficié d'une capacité complète de travail, pour autant qu'il en ait eu une auparavant. Depuis cette époque (2008 environ), il ne peut plus travailler qu'avec un rendement réduit, de l'ordre de 50% à 60% au maximum, ce qui pourra être prouvé par expertise. Contrairement à ce qu'indique l'OAI, les diagnostics ont été clairement posés, cela dans le cadre d'un secteur psychiatrique hospitalier dépendant de l'Etat de Vaud, pourcentage attesté par deux médecins compétents en la matière. Il ne s'agit donc pas uniquement de l'avis du médecin traitant. Au vu de ces éléments, le recourant estime pouvoir prétendre une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50%, très subsidiairement de 40%.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 500 fr. qui lui a été demandée.

**b)** Dans sa réponse du 19 novembre 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Estimant que c'est à tort que le recourant conteste être en mesure d'exploiter entièrement les compétences professionnelles acquises avec le soutien de l'AI, en raison de la péjoration de son état de santé, l'OAI indique qu'en l'état du dossier et vu l'instruction médicale menée à satisfaction, il n'a rien à ajouter à la décision attaquée du 6 août 2010 ainsi qu'à ses déterminations du même jour, qu'il ne peut que confirmer.

**c)** Dans sa réplique du 6 janvier 2011, le recourant sollicite que la réponse de l'OAI du 19 novembre 2010 soit écartée du dossier pour avoir été déposée hors délai, puisque le délai de réponse avait été fixé au 18 novembre 2010 et que ni une prolongation de délai, ni une restitution de celui-ci n'ont été demandées. Au surplus, le recourant relève que l'OAI n'a pas de réponse aux arguments du recours soulignant en particulier une aggravation des troubles psychiques en 2007, qu'il n'indique pas non plus pourquoi il paraît aujourd'hui contester la position de la Dresse X. \_\_\_\_\_ qui avait pourtant été déclarée « tout à fait admissible »

(recte : « tout à fait inadmissible » ; cf. lettre A.j supra) et qu'il n'est pas davantage en mesure d'indiquer pourquoi il conteste les avis exprimés par le Secteur psychiatrique ouest. Au vu de ces éléments, et face à ce qu'il faut selon lui appeler une certaine « désinvolture de procédure » de l'OAI, le recourant estime qu'il se justifie à tout le moins d'instruire correctement le cas dans le cadre de la procédure de recours, raison pour laquelle il confirme la requête d'expertise qu'il avait déjà présentée dans son acte de recours du 7 septembre 2010 (cf. lettre C.a supra).

**d)** Le 13 janvier 2011, le juge instructeur a informé les parties qu'il lui apparaissait à la lecture de l'ensemble des pièces du dossier que l'instruction était complète sur le plan médical, de sorte que la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire était rejetée ; il a réservé l'avis des autres membres de la cour auprès de laquelle le dossier serait prochainement mis en circulation et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

### **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 instituée 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 – compte tenu des fériés judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – par A. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 6 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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, est litigieuse la question de savoir si, et le cas échéant dans quelle mesure, le recourant présente une incapacité de travail en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

Selon l'art. 16 LPGA, 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

**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. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 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 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** En l'espèce, il est constant qu'en raison de lombalgies chroniques sur troubles statiques (M 54.5 selon la CIM-10), le recourant présente une diminution de sa capacité de travail (capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 25%) dans sa première profession apprise d'électro-mécanicien, mais que dans sa deuxième profession apprise d'employé de commerce, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est totale sur le plan somatique (cf. rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique SMR du 11 avril 2007, lettre A.d supra ; rapport d'examen SMR du 16 mai 2007, lettre A.e supra ; lettre de la Dresse X. \_\_\_\_\_ du 5 janvier 2009, lettre A.g supra).

**d)** Il convient donc d'examiner si le recourant présente une incapacité de travail en raison d'une atteinte à sa santé mentale ou psychique.

**aa)** Sur le plan psychiatrique, le recourant a été examiné par la Dresse U.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique effectué le 7 mars 2007 au SMR (cf. lettre A.d supra). L'examen clinique psychiatrique n'a révélé aucune pathologie psychiatrique invalidante. En particulier, la symptomatologie dépressive réactionnelle décrite par l'assuré en 2004 n'a pas été objectivée à l'examen. En outre, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 selon la CIM-10) a été écarté dès lors que les critères cliniques de la CIM-10 n'étaient pas réunis ; en effet, l'assuré n'était pas démonstratif et il ne présentait pas d'amplification verbale des plaintes somatiques ni de sentiment de détresse ou de signe de souffrance physique pendant l'entretien. Cette praticienne a ainsi considéré que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail du recourant était entière dans toute activité (cf. lettre A.d supra).

**bb)** Dans un rapport médical du 13 mai 2009 adressé à l'OAI (cf. lettre A.h supra), la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a suivi le recourant du 27 janvier 2009 au 27 février 2009, a posé comme diagnostic psychiatrique celui de trouble de personnalité borderline à forte composante narcissique, existant depuis plusieurs années, qui ne limitait pas sa capacité de travail. Elle a estimé que le recourant s'imposait ses propres limites en se positionnant en victime lésée par la vie et en présentant une attitude très revendicatrice à l'égard des personnes et organismes qui tentaient de l'aider tout en mettant en échec leurs efforts, lui-même n'en fournissant guère, et qu'il ne dépendait que de son propre choix de sortir de ce rôle. Sur le plan de la thymie, elle a constaté l'existence d'un état dépressif moyen, lié également à un négativisme important, qui n'avait toutefois pas, selon elle, de répercussions sur la capacité de travail. Cette praticienne a ainsi considéré que sur le plan strictement psychiatrique, la capacité de travail du recourant était entière (cf. lettre A.h supra).

**cc)** Dans un rapport médical du 5 juin 2009 adressé à l'OAI (cf. lettre A.i supra), la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie

ainsi qu'en médecine interne, qui suit le recourant depuis 2006, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, existant probablement depuis 1998, et de trouble somatoforme douloureux, existant depuis 1998, entraînant une incapacité de travail durable depuis février 2007. Dans une lettre du 5 janvier 2009 à l'OAI (cf. lettre A.g supra), cette même praticienne signalait toutefois une détérioration récente de l'état psychique de l'assuré, qu'elle espérait transitoire, et attestait une incapacité de travail sans donner de date.

L'affirmation d'une incapacité totale de travail par la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin traitant rhumatologue, qui repose sur les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent et trouble somatoforme douloureux (existant depuis 1998) n'est toutefois guère étayée; elle est de surcroît contredite par les constatations médicales concordantes faites par deux médecins spécialisés en psychiatrie (les Dresses U.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_) dans leurs rapports médicaux respectifs des 11 mars 2007 et 13 mai 2009 (cf. consid. 3d/aa et bb supra). En outre, dans son rapport du 5 janvier 2009, le médecin traitant attestait d'une incapacité de travail temporaire liée à une aggravation de l'état dépressif du recourant, alors que dans un rapport rédigé en juin 2009, soit quelques mois plus tard, elle affirmait que l'aggravation de l'état dépressif du recourant avait entraîné une incapacité de travail durable depuis février 2007. L'appréciation médicale de la Dresse X.\_\_\_\_\_ sur les répercussions des troubles psychiques, en particulier en raison d'une aggravation de l'état dépressif, sur la capacité de travail du recourant est manifestement contradictoire, de sorte qu'elle ne peut pas se voir reconnaître de valeur probante, comme l'a expliqué à juste titre le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 9 juillet 2009 (cf. lettre A.j supra).

**dd)** Le recourant a enfin consulté la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Secteur psychiatrique ouest, qui dans un rapport médical du 19 avril 2010 adressé à l'OAI et contresigné par la Dresse D.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe (cf. lettre B.c supra), a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11 selon la CIM-10) et de syndrome

douloureux somatoforme persistant (F45.4 selon la CIM-10), existant depuis 1996. Cette praticienne a estimé qu'au regard de la pathologie psychiatrique présentée actuellement par le recourant, une activité d'employé de commerce à 60% (incapacité de 40%) pourrait être envisagée (cf. lettre B.c supra).

On relève tout d'abord que le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par la Dresse V. \_\_\_\_\_ (F32.11 selon la CIM-10) a également été retenu par la Dresse G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 mai 2009 - quand bien même il ne figure pas dans les diagnostics formels; cette psychiatre a en effet relevé un état dépressif moyen, lié à un négativisme important. Cependant, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a considéré, contrairement à la Dresse V. \_\_\_\_\_, que ce trouble n'atteignait pas une gravité suffisante pour justifier une limitation de la capacité de travail. A cet égard, l'appréciation médicale de la Dresse V. \_\_\_\_\_ sur l'importance des limitations de la capacité de travail du recourant en raison de troubles psychiques, en particulier d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F.32.11 selon la CIM-10), n'est guère étayée vu le tableau clinique qu'elle décrit. Il n'y a pas au demeurant, à la lecture du rapport du 19 avril 2010, d'argument médical parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis mai 2009, date à laquelle la Dresse G. \_\_\_\_\_ a estimé que l'état dépressif moyen objectivé n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (cf. lettre A.h supra). S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant, le constat médical contenu dans le rapport du 19 avril 2010 ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs, sinon l'évocation de pleurs pendant l'entretien; il se limite aux indications subjectives rapportées par le patient que ni l'anamnèse, ni même ledit constat médical ne mettent en évidence. En outre, les critères diagnostiques nécessaires pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant – en particulier le critère, essentiel selon la CIM-10, d'une plainte concernant une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble

selon le clinicien – ne se retrouvent pas dans le constat médical de la Dresse V.\_\_\_\_\_. En réalité, la description clinique correspond tout à fait à celle faite le 13 mai 2009 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, alors psychiatre traitant, qui, tout en retenant également un abaissement de la thymie, lié à un négativisme important, ainsi que des difficultés psycho-sociales – dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 4.1 et les références citées) –, retenait une capacité de travail entière (cf. consid. 3d/ bb supra), à l'instar de la Dresse U.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 3d/aa supra).

**ee)** Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé psychique qui entraînerait une diminution de sa capacité de travail dans l'activité d'employé de commerce. En l'absence d'éléments objectifs qui pourraient ne serait-ce que jeter un doute sur l'absence d'atteinte à la santé psychique incapacitante, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une expertise médicale, de sorte que la requête formulée dans ce sens par le recourant doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), 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; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; 130 II 425 consid. 2.1 ; ATF 122 II 469, consid. 4a; 122 III 223, consid. 3c; 120 Ib 229, consid. 2b; 119 V 344, consid. 3c et la référence).

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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; cf. art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 6 août 2010 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 :

- Me Philippe Nordmann (pour M.A. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière: