

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 octobre 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à Prilly, recourant, représenté par Me Robert Fox, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1949, ressortissant de Bosnie, a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en date du 9 novembre 2001. Souffrant d'un pied bot varus équin gauche congénital, il a cessé son activité de vendeur chez Q. _____ à [...] dès le 19 mars 2001 en raison de son état de santé.

Selon un questionnaire complété le 10 décembre 2001 par le dernier employeur de l'assuré, Q. _____, sans atteinte à sa santé, ce dernier aurait, en 2001, été en mesure de réaliser un revenu mensuel brut de 3'800 fr., treizième salaire en sus.

Dans un rapport d'expertise médicale du 9 février 2005, le Dr L. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et du sport, a porté l'appréciation suivante s'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assuré:

"Appréciation du cas
[...]"

Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de M. D. _____ est de 85% dans son ancienne activité professionnelle de vendeur, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement.

Dans une activité professionnelle légère, épargnant les ports de charges au-delà de 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et la marche prolongée, sa capacité de travail est entière.

Du point de vue thérapeutique, je n'ai pas de proposition particulière à émettre si ce n'est que M. D. _____ devrait faire attention à son poids, facteur favorisant les comorbidités cardio-vasculaires de même que l'usure précoce des articulations portantes. Il a bénéficié d'une analyse podologique statique et dynamique en 2001 postulant pour la mise en place d'orthèse plantaire et de compensation de quelques centimètres au niveau de son talon, qui n'ont apporté aucun soulagement durable. A signaler que M. D. _____ a travaillé jusqu'en 2001 dans diverses activités professionnelles imposant la marche et la position statique prolongée sans avoir jamais recouru à des moyens auxiliaires concernant son pied gauche.

Il ressort de l'examen clinique et de l'anamnèse aucune séquelle de son accident vasculaire de juin 2004 justifiant une appréciation différente de sa capacité de travail actuelle."

Après instruction de la demande de son assuré, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a, par décision du 24 mai 2006, nié tout droit aux prestations, motif pris que dans une activité adaptée, l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail, nonobstant la reconnaissance d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base de données salariales statistiques.

Le 21 juin 2006, l'assuré a formé opposition contre cette décision en invoquant l'apparition d'une nouvelle affection invalidante (maladie coronarienne) attestée selon rapport médical du 30 août 2005 du Dr C._____, spécialiste FMH en cardiologie.

Par décision sur opposition du 8 janvier 2008, l'OAI a confirmé son refus, indiquant notamment que s'agissant d'une possible maladie coronarienne, une aggravation de l'état de santé de l'assuré ne se laissait pas déduire du rapport du Dr C._____.

Le 28 janvier 2008, l'assuré a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, concluant à son annulation. Par jugement du 8 septembre 2008 (TASS 8 septembre, cause AI 63/08 - 326/2008), le tribunal précité a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique ainsi que sur l'état de santé cardio-vasculaire de l'assuré puis nouvelle décision.

B. Le 3 février 2009, l'OAI a communiqué à son assuré la nécessité de procéder à une expertise médicale. Une convocation a été adressée à l'assuré le 4 février 2009 par le Centre d'expertise médicale de l'AI (COMAI) en vue d'une évaluation en date du 3 avril 2009 par la Dresse S._____, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi que pour une évaluation psychiatrique réalisée par le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Une seconde convocation a été adressée le 20 avril 2009 par le COMAI afin de procéder à une évaluation rhumatologique effectuée par le Dr A._____, spécialiste FMH en

rhumatologie, médecine physique et réadaptation ainsi qu'à une évaluation cardiologique par le Dr K._____, spécialiste FMH en cardiologie.

Dans un rapport d'expertise interdisciplinaire du 8 juillet 2009 basé sur l'étude du dossier médical de l'assuré ainsi que sur les évaluations de médecine interne, psychiatrique, cardiologique et rhumatologique réalisées par les spécialistes précités, les Drs R._____, médecin-chef adjoint au COMAI, S._____, médecin-expert et E._____, médecin-chef, se sont exprimés en ces termes sur le cas de l'assuré:

"A.4 DIAGNOSTICS

A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), versus troubles anxieux dépressifs mixtes (F41.2).
- Lombo-sciatalgies droites dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif (pied bot varus équin gauche congénital, scoliose lombaire basse, discopathie lombaire L4-L5, L5-S1).
- Coxarthrose débutante bilatérale.
- Tendinopathie per-trochantérienne prédominant à droite.

A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail

- Diabète de type II, syndrome métabolique (hypertension artérielle, obésité, cholestérol).
- Pied bot varus équin congénital à gauche.
- Hernie ombilicale réductible.
- Status post-accident ischémique transitoire bi-occipital en 2004.

A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Il s'agit d'un assuré de 60 ans, connu pour un pied bot varus équin congénital à gauche. Il a travaillé comme vendeur en matériaux de construction jusqu'en 2001. Depuis 1999, Monsieur D._____ présente des lombo-sciatalgies droites qui ne s'améliorent pas avec un traitement conservateur. En 2004, Monsieur D._____ présente un accident ischémique transitoire bi-occipital avec un trouble de la vue et perte de connaissance.

A l'examen clinique, Monsieur D._____ est cohérent, orienté, obèse, hypertendu, tachycarde. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Pas de signe d'insuffisance cardiaque. Présence de hernie ombilicale réductible. Présence de pied bot gauche avec une jambe gauche plus courte que la droite. Pas de troubles sensitivomoteurs. Pas de troubles de l'équilibre.

Les analyses sanguines montrent une glycémie à jeun perturbée, mais une hémoglobine glyquée dans la norme.

Les radiographies confirment la présence de troubles statiques et dégénératifs lombaires ainsi que la présence d'une coxopathie débutante.

Monsieur D._____ présente des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire (discopathies L4-L5,

L5-S1) associées à une périarthrite de hanche prédominant à droite (pyramidal) et une coxarthrose discrète à modérée des deux hanches. Ces lésions sont vraisemblablement entretenues et sollicitées par les troubles statiques importants dus à un pied bot congénital entraînant un raccourcissement de la jambe gauche. Ces troubles entraînent des limitations dans toute activité contraignante pour le dos et limitent le port de charges.

En raison de douleurs rétro-sternales atypiques et de nombreux facteurs de risque cardiovasculaires, nous avons soumis Monsieur D._____ à un bilan cardiologique complet. Celui-ci montre une bonne fonction cardiaque (F.E. 65%), une bonne tolérance à l'effort (charge maximale 150W = 85% du maximum théorique), une hypertension artérielle légère. On ne retrouve pas les pics tensionnels décrits par l'assuré qui sont vraisemblablement dus à des essais de mesure (la prise de tension doit être prise après 10 minutes de repos). L'assuré n'a pas présenté de douleurs rétro-sternales lors de l'effort. Une dyskinésie précédemment décrite n'a pas été retrouvée. Il faut dire que la présence de bloc de branche droit peut interférer avec l'interprétation de certains examens. Selon l'expert cardiologue, une maladie coronarienne est très peu probable. Une scintigraphie au thallium peut être proposée. Cependant, cela ne modifie pas les conclusions de cette expertise dans le sens que l'assuré n'est pas limité sur le plan cardiologique.

Monsieur D._____ doit absolument faire des efforts (régime, diététicien, psychothérapie) pour perdre du poids. Cette mesure est indispensable dans le but d'éviter le développement d'artériosclérose et cela permettrait également de minimiser les douleurs articulaires. Monsieur D._____ présente une hernie ombilicale facilement réductible. Nous ne retenons pas de limitations supplémentaires à ce qui est déjà mentionné ci-dessus (limitations des ports de charges). Monsieur D._____ ne présente pas de séquelles neurologiques à la suite des accidents ischémiques transitoires subis en 2004 et ne présente pas de déficit neurologique liés aux lombo-sciatalgies.

Sur le plan psychique, Monsieur D._____ présente une anxiété généralisée avec des symptômes végétatifs (dyspnée, coeur serré) et des symptômes dépressifs (diminution de l'intérêt, tristesse, sentiment de culpabilité, irritabilité, troubles du sommeil, fatigue, etc.). Le tableau correspond à un trouble dépressif d'intensité moyenne avec une anxiété importante non traitée. Le pronostic pour une amélioration est diminué en raison du peu de ressources psychiques mobilisables chez cet assuré qui a une identité d'invalidé bien ancrée. Monsieur D._____ ne présente pas de focalisation exagérée sur ses douleurs. Nous ne retenons pas le diagnostic de trouble douloureux somatique chronique. Les plaintes sont moins centrées sur les douleurs que sur les multiples problèmes de santé, sur la conviction d'être invalide et sur l'angoisse de mourir.

En conclusion, notre examen rhumatologique est superposable à celui du Docteur L._____ effectué en 2005. Cependant, nos conclusions diffèrent quant à l'appréciation de la capacité de travail. En effet, compte tenu des plaintes et des altérations statiques et dégénératives de l'assuré, nous estimons qu'un travail lourd physiquement n'est plus exigible. Le profil d'activité comme vendeur en matériaux de construction a été décrit par l'assuré lui-même (cf. anamnèse professionnelle) comme comportant des travaux lourds et répétés. Il n'est pas de notre ressort d'évaluer la réalité des exigences requises par l'employeur et les possibilités d'adaptation

du poste de travail. Nous rejoignons le Docteur L. _____ sur le profil d'exigibilité dans une activité adaptée à savoir une activité légère à modérée avec des charges ne dépassant pas les 15 kg. Il n'y a pas de limitation cardiologique.

Sur le plan psychique, le trouble dépressif réduit sa capacité de 50%. Cela doit être réévalué après 9-12 mois de traitement adéquat (psychiatrique et psychothérapeutique). Cependant, le pronostic quant à une réinsertion professionnelle est mauvais compte tenu d'une forte identité d'invalidité, d'une très forte conviction d'être exposé aux préjudices discriminatoires, de l'âge et du nombre d'années écoulées sans activité professionnelle.

En consensus, les médecins impliqués dans l'expertise médicale de Monsieur D. _____ répondront aux questions ci-dessous.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique: les troubles rhumatologiques limitent le port de charges de plus de 15kg, les positions statiques prolongées, les activités contraignantes pour le dos.

Au plan psychique et mental: le trouble dépressif diminue l'élan vital.

Au plan social: pas de limitation.

B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? L'assuré est inapte à exercer une activité lourde de vendeur en matériaux de construction.

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'assuré est apte à faire du conseil la clientèle, de la vente, mais sans manutention lourde.

B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Non, elle n'est pas exigible en raison de ports de charges trop lourds.

B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Caduque.

B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20%?

Depuis 2001.

B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Depuis 2001, l'assuré est inapte à effectuer des travaux lourds. Il reste apte à

effectuer des travaux légers à modérés. Depuis 2004, le trouble psychique diminue la capacité de travail à 50%.

B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Oui.

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants: la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des

ressources existantes. L'assuré est médicalement apte à se réinsérer professionnellement. Cependant, ses ressources sont diminuées par le trouble psychique actuel et par une identité d'invalidité.

Si non, pour quelles raisons?

Caduque.

C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Oui.

C.2.1 Si oui, par quelles mesures? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Mesures médicales: mise en place d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

Adaptation au poste de travail: éviter les ports de charges lourdes.

C.2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Il est susceptible de retrouver une pleine capacité de travail.

C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Oui.

C.3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Il faut tenir compte des limitations ostéo-articulaires. Il faut tenir compte du diabète qui nécessite des repos à heure régulière.

C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? (heures par jour)?

A mi-temps, en raison des troubles psychiques qui augmentent la fatigabilité et diminuent l'élan vital.

C.3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Oui. Diminution du rendement de 10% en raison de la nécessité de faire des pauses supplémentaires pour détendre son dos.

C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Caduque.

D. REMARQUES QUESTIONS SUPPLEMENTAIRES

Aucune."

Par courrier du 5 août 2009, le Dr F. _____, médecin-chef adjoint du Service Médical Régional de l'AI (SMR) a interpellé les experts du COMAI afin qu'ils répondent aux deux questions complémentaires suivantes:

"- Le diagnostic psychiatrique retenu est: «épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) versus troubles anxieux dépressifs mixtes (F41.2)». Ces deux entités répondent à des définitions selon la CIM-10 clairement différentes, notamment en termes d'intensité des symptômes. Je m'étonne dès lors qu'un expert, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne puisse pas se déterminer entre ces deux diagnostics. C'est d'autant plus gênant que les répercussions sur la capacité de travail dépendent

précisément de l'intensité des troubles et sont habituellement différents pour ces deux affections. Conformément au rôle attendu d'un expert, je vous remercie de faire trancher clairement cette question de diagnostic et déterminer précisément l'incapacité de travail qui en découle.

- En réponse à la question C.3.3, on lit: « diminution de rendement de 10% en raison de la nécessité de faire des pauses supplémentaires pour détendre son dos. » Si l'on admet que l'assuré ne peut travailler qu'à mi-temps pour des raisons psychiatriques, cette diminution de rendement est-elle incluse dans l'incapacité de 50%?"

Le 3 septembre 2009, les Drs E._____ et T._____ du COMAI ont précisé à l'intention du Dr F._____ du SMR que les évaluations psychiatriques se sont limitées à un avis psychiatrique basé sur une observation d'environ deux heures et l'étude du dossier médical de l'expertisé de sorte qu'il n'y a pas de connaissance du fonctionnement psychiatrique de l'assuré sur une période prolongée. Selon les experts du COMAI l'importance des symptômes anxieux et la concomitance de symptômes dépressifs évoquaient le diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte. D'autre part, un épisode dépressif était toujours accompagné d'une symptomatologie anxieuse, peu importe son intensité. En l'espèce, l'importance de la symptomatologie dépressive avait été qualifiée de moyenne. Les deux diagnostics ont été retenus au motif que la ligne diagnostique entre eux n'est pas extrêmement pointue ni d'utilité pronostique ou thérapeutique. S'agissant des répercussions fonctionnelles, pour un travail exécuté à mi-temps (soit 4 à 5 heures par jour), les experts ont considéré que l'assuré pouvait fournir un rendement normal sous l'angle psychiatrique. La diminution de 10% évoquée dans la réponse à la question C.3.3 provenant de la nécessité d'effectuer des pauses supplémentaires en raison d'atteintes somatiques, s'ajoutant à la diminution du temps de travail à mi-temps.

Dans un avis médical SMR du 28 septembre 2009, le Dr F._____ a résumé en ces termes la situation:

"[...]

La capacité de travail retenue est de 50% dans une activité adaptée pour raison psychiatrique, moins une diminution de rendement de 10% pour raisons somatiques, soit 40%.

Etonnement, l'expert psychiatre ne peut pas se déterminer, même après avoir été réinterrogé, entre deux diagnostics psychiatriques incompatibles entre eux. Il allègue en effet qu'un examen de deux heures et une étude du dossier médical ne lui permet pas de se déterminer, bien que ces conditions soient celles habituelles d'une expertise.

En outre, l'expert psychiatre attribue aux affections somatiques une diminution de rendement de 10% alors que les experts somaticiens se rallient aux conclusions de l'expertise du Dr L. _____ en ce qui concerne l'exigibilité dans une activité adaptée, à savoir 100%. Il y a donc contradiction concernant le bien-fondé de cette base de rendement.

En raison de l'incertitude diagnostique sur le plan psychiatrique et la contradiction au sujet d'une éventuelle baisse de rendement dont les motifs n'apparaissent pas clairement, cette expertise ne permet pas de statuer en pleine connaissance de cause.

Sur le plan somatique, les faits sont établis de manière convaincante puisque les experts confirment les conclusions du Dr L. _____ en 2004 et que l'expert-cardiologue ne retient aucune limitation sur le plan cardiologique. On doit donc retenir une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, les imprécisions et contradictions du rapport de la Dresse T. _____ nous contraignent à mandater une nouvelle expertise psychiatrique. [...] Merci de confier ce mandat au Dr I. _____ [spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie] à [...]."

Le 3 novembre 2009, l'OAI a communiqué à son assuré la nécessité de procéder à une expertise médicale ambulatoire effectuée au cabinet privé du Dr I. _____.

Dans son rapport d'expertise médicale du 19 février 2010, le Dr I. _____ s'est distancé des diagnostics précédemment retenus par l'expert psychiatre du COMAI et a discuté comme il suit le cas de l'assuré:

" Résumé, conclusions:

Critères insuffisants pour diagnostic [de trouble dépressif F 32]

Il ressort avec clarté que nous ne pouvons en aucun cas retenir un tel diagnostic. Nous retenons pour notre part la notion de dysthymie, terme qui est le plus proche en analogie à celui de la dysphorie et pour lequel il n'y a pas de terme diagnostique prévu. Il s'agit ici de fluctuations d'humeur selon différents facteurs mais [qui] n'atteignent ni l'intensité ni la durée pour un véritable état dépressif.

Indirectement, l'absence d'un traitement spécialisé, l'absence d'une demande, l'absence d'un suivi psychiatrique, l'absence d'un psychotrope, confirment ces constats.

Puisque la question a été indirectement posée, il s'agit encore de clarifier si on peut parler d'un état douloureux somatoforme. Ici, les critères habituellement utilisés montrent ceci:

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), critères [...]

Pondération, conclusion: Absence d'aspect invalidant

En l'absence d'une comorbidité psychiatrique significative, en l'absence aussi d'autres éléments clés, ce terme et un éventuel aspect invalidant doivent être niés.

Nous arrivons donc à une conclusion différente des experts psychiatres précédents. Cela est dû aux facteurs suivants:

- Il n'y a pas de distinction suffisante entre énoncées et observations; l'expert psychiatre s'est basé sans discussion sur des données subjectives pour tirer ses conclusions,
- il manque une description détaillée de l'emploi du temps, son quotidien des loisirs et du monde dans lequel Monsieur D. _____ vit,
- l'observation est sommaire et n'a pas permis de découvrir les différentes facettes dont nous avons fait part,
- à aucun moment les experts psychiatres ne se sont posés la question de l'absence d'un traitement, de l'indication éventuelle et de l'exigibilité par rapport à un traitement appliqué.

Il reste donc l'impression d'un homme qui est subjectivement très éloigné de toute perspective d'activité professionnelle et ceci depuis longtemps. Il se vit personnellement en tant que vieil homme handicapé et sans autres perspectives que celles de sa vie familiale. Ceci peut se comprendre subjectivement (ou si on mobilise l'empathie), mais ceci n'a rien à voir avec des constats médicopsychiatriques, objectifs et la question d'exigibilité.

Il est pour nous clair, qu'en l'absence d'une véritable atteinte psychique, il n'y a aucune raison de retenir une incapacité de travail dans notre domaine et il n'y a jamais eu une véritable raison pour la retenir.

VIII. Diagnostic et conclusions:

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

Dysthymie/dysphorie (F34.1 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10).

Nous avons auparavant décrit en détail le contenu de ce diagnostic ainsi que ses répercussions sur la santé. Il s'agit essentiellement dans ce cas d'un aspect réactif et quelque peu enfoncé et chronicisé avec la durée de l'évolution et surtout de la non décision.

Un tel diagnostic conduit d'habitude à des diminutions de rendements fluctuantes, mais pas à une véritable incapacité de

travail. De ce fait, toute activité exigible de l'assuré sur le plan somatique l'est aussi sur le plan psychiatrique.

Veillez noter que l'expert n'a donné aucune information à l'assuré concernant les suites du dossier, qu'il s'agisse des propositions faites, de la durée ou du degré de l'incapacité de travail.

IX. Réponses aux questions:

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique

Réponse : Veuillez vous référer aux données somatiques au plan psychique et mental

au plan social

Réponse: Fluctuations d'humeur sans impact clinique

2. Influence des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail?

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

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

Réponse: La plus grande partie des réponses à ces questions est déposée dans les chapitres VII et VIII de l'expertise.

Il découle de nos constats aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Réponse: En dehors des facteurs extra médicaux et l'auto limitation: oui

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail

- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

- La mobilisation des ressources existantes

Réponse: Non

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Réponse: Il n'y a pas de poste de travail récent.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une nouvelle activité?

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Réponse: D'un point de vue psychiatrique, l'assuré pourrait faire toutes les activités accessibles avec ses formations et ses expériences professionnelles.

Remarques et/ou autres questions:

Réponse: Néant."

Dans un avis médical SMR du 29 avril 2010, le Dr F. _____ a fait siennes les conclusions du Dr I. _____. Il a ainsi considéré que l'assuré ne présentait aucune psychopathologie invalidante, sa capacité de travail étant entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques mises en évidence dans le rapport d'expertise COMAI du 8 juillet 2009.

Par projet de décision du 16 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Il résultait en substance de ses constatations médicales, qu'il n'existait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique. Sa capacité de travail était par conséquent de 100% dans une activité adaptée aux limitations somatiques (pas de port de charges au-delà de 15 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et pas de marche prolongée). L'OAI s'est fondé sur les valeurs statistiques ressortant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services; TA1; niveau de qualification 4), soit en 2002, un salaire de référence de 4'557 fr. par mois, part au 13^{ème} comprise. Adapté à la moyenne de l'horaire de travail usuelle dans les entreprises en 2002, soit 41,7 heures (La Vie économique, 10-2006, p. 90 tableau B9.2), le salaire de référence s'établissait à 4'750 fr. 67 (4'557 x 41,7h./40h.), ce qui correspondait à un salaire annuel de 57'008 fr. 07. Sous déduction d'un abattement de 15% tenant compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, le revenu annuel d'invalidé s'élevait ainsi à 48'456 fr. 86. Selon le questionnaire employeur du 10 décembre 2001, et après

indexation, le revenu sans invalidité réalisable en 2002 s'élevait à 50'289 fr. 20 ($[3'800 \text{ fr.} \times 13] \times 101.8 / 100$). Après comparaison entre ce dernier revenu et celui d'invalidité (48'456 fr. 86), il en résultait une perte de gain de 1'832 fr. 35 correspondant à un degré d'invalidité de 3,64% ($[1'832 \text{ fr.} 35 / 50'289 \text{ fr.}] \times 100$) ne donnant pas droit à une rente d'invalidité.

Le 30 septembre 2010, l'assuré a fait part de ses déterminations sur le projet de décision précité. Relevant les avis contradictoires émanant des différents experts psychiatres consultés dans le cadre de l'instruction de son dossier, il a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Par décision formelle du 19 octobre 2010, à laquelle était joint un courrier d'accompagnement du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a intégralement confirmé son projet de refus du 16 juillet 2010.

C. Par acte du 23 novembre 2010, D._____, représenté par l'avocat Robert Fox, recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus rendue le 19 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation avec renvoi du dossier à l'autorité pour nouvelle décision dans le sens des considérants et subsidiairement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui est reconnu selon un degré d'invalidité à fixer à dire de justice. Le recourant requiert à titre de mesures d'instruction la mise en œuvre d'une nouvelle expertise tendant à examiner dans quelle mesure un reclassement professionnel est envisageable, notamment afin de tenir compte des limitations dues à son état de santé.

Le 22 décembre 2010, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 500 fr. qui lui avait été demandée.

Par réponse du 1^{er} février 2011, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique déposée le 6 mai 2011 dans le délai prolongé à cet effet par le juge instructeur, le recourant a précisé les termes de son recours du 23 novembre 2010 en sollicitant à titre de mesures d'instruction la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il a par ailleurs maintenu l'intégralité de ses conclusions.

Par duplique du 23 mai 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions en relevant que la nécessité d'une "surexpertise" n'était à son sens pas démontrée.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si, compte tenu de sa situation, il existe un droit du recourant aux prestations AI sous la forme d'une rente d'invalidité. Il s'agira en premier lieu d'examiner si les rapports et expertises médicales sur lesquels se base la décision litigieuse pour refuser le droit aux prestations peuvent se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence applicable. Dans l'affirmative – et bien que ce point n'apparaisse pas avoir été contesté en l'espèce –, considérant cependant que cet élément a des liens étroits avec la question du droit à la rente (cf. consid. 2a supra), la cour de céans examinera si la détermination du degré d'invalidité par l'OAI a été effectuée conformément aux normes applicables en la matière.

3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V I consid. 1.2; TFA C 85/2003 du 20 octobre 2003, consid. 1.1).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes antérieurs développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité tant sous l'empire de la 4^e révision que sous la 5^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

b) 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.

c) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; en vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), les personnes assurées ont droit à une rente entière si elles sont invalides à 66 2/3% au moins, à une demi-rente si elles sont invalides à 50% au moins ou à un quart de rente si elles sont invalides à 40% au moins. Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente (art. 28 al. 1 bis LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). A compter du 1^{er} janvier 2004, selon l'art. 28 al. 1 LAI (4^e révision), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008).

d) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

e) En l'espèce, le recourant soutient que l'expertise COMAI du 8 juillet 2009 finalement écartée par l'OAI s'agissant du volet psychiatrique, au profit de l'expertise du Dr I. _____ du 19 février 2010, ne devait pas l'être dès lors qu'elle présenterait toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir attribuer valeur probante, ce d'autant que cette expertise s'inscrivait dans une démarche pluridisciplinaire. Reprenant la définition de la notion de dysthymie telle que celle-ci ressort du site internet Wikipedia, le recourant considère qu'il n'est pas exclu qu'il souffre de dépression. Il estime en définitive qu'au vu de la divergence d'opinion entre le volet psychiatrique de l'expertise du COMAI et celle du Dr I. _____, qu'il juge apte à sérieusement mettre en doute la pertinence des conclusions de ce dernier, seule une surexpertise se justifierait de façon à pouvoir définitivement répondre aux questions posées.

L'OAI souligne pour sa part que la simple reproduction d'une définition de la dysthymie issue de Wikipedia n'est pas de nature à rediscuter les conclusions d'un expert FMH en psychiatrie-psychothérapie. En l'espèce il n'existerait aucun élément de nature à mettre en doute les conclusions du Dr I. _____, de sorte que la nécessité d'une surexpertise ne serait pas démontrée.

aa) Sur le plan somatique, les experts du COMAI ont relevé que le recourant présente des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire (discopathie L4-L5, L5-S1) associées à une périarthrite de la hanche prédominant à droite (pyramidal) et une coxarthrose discrète à modérée des deux hanches, ces lésions étant vraisemblablement entretenues et sollicitées par les troubles statiques importants dus à un pied bot congénital entraînant un raccourcissement de la jambe gauche. L'ensemble de ces troubles interdit toute activité contraignante pour le dos (pas de positions statiques prolongées notamment) et limite le port de charges (pas de charges de plus de 15kg). Aucune limitation fonctionnelle n'a par ailleurs été relevée sur le plan cardiologique. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, relevant que leur examen rhumatologique se superpose à celui

réalisé par le Dr L. _____ en février 2005, les experts du COMAI se rallient aux conclusions de l'expert précité et considèrent qu'une activité adaptée (à savoir une activité légère à modérée avec des charges ne dépassant pas 15 kg) est pleinement exigible.

bb) Sur le plan psychiatrique, les experts du COMAI ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), versus troubles anxieux dépressifs mixtes (F41.2) estimant que le tableau clinique correspond à un trouble dépressif d'intensité moyenne avec une anxiété importante non traitée. Au vu de la différence entre ces deux entités selon la CIM-10, en particulier s'agissant de l'intensité de leurs symptômes, le Dr F. _____, médecin-chef adjoint du SMR a sollicité un complément d'expertise afin d'éclaircir cette incertitude diagnostic ainsi que l'influence sur la capacité de travail qui en résulte. Dans leur complément d'expertise du 3 septembre 2009, les Drs E. _____ et T. _____ du COMAI ne sont en définitive pas parvenus à se déterminer à la faveur de l'un ou de l'autre des deux diagnostics précités. Ils ont indiqué à cet effet que leurs constatations se fondaient sur une seule observation d'environ deux heures et l'étude du dossier médical de l'expertisé sans plus de connaissance de son fonctionnement psychiatrique sur la durée. Egalement interrogés en lien avec la diminution de rendement de 10% mentionnée en réponse à la question C.3.3 du rapport du 8 juillet 2009, en raison de la nécessité de faire des pauses supplémentaires, les experts du COMAI se sont alors distancés des conclusions de l'expert L. _____ lequel retenait une exigibilité de 100% dans une activité adaptée sans diminution de rendement. Il ressortait ainsi des conclusions des experts du COMAI que la capacité de travail retenue était de 50% dans une activité adaptée en raison de motifs psychiatriques avec une diminution de rendement de 10% pour raisons somatiques, soit une capacité résiduelle de 40%.

En l'occurrence, les conclusions des experts du COMAI n'apparaissent pas probantes car elles reposent sur un diagnostic peu précis et que les conclusions relatives à l'intensité des symptômes et à l'incapacité de travail sont peu motivées et ne sont pas suffisamment étayées par des constatations objectives lors de l'examen ou des éléments crédibles tirés

de l'anamnèse. Au contraire, dans son expertise du 19 février 2010, le Dr I. _____ a discuté dans le détail les diagnostics de trouble dépressif (F 32) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) (pp. 20-23) en relevant que ceux-ci n'étaient pas remplis en l'espèce. Cette expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA se fonde sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assuré et sur une anamnèse rigoureuse. L'examen et la discussion du cas sont présentés de manière systématique, claire et cohérente. Ainsi, elle s'avère objective, nuancée et dûment motivée, de sorte qu'elle emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3d supra, tant intrinsèquement que dans la réfutation des avis médicaux divergents. La reproduction d'une définition de la dysthymie issue de Wikipedia n'est au demeurant nullement susceptible de rediscuter les conclusions de cette expertise médicale.

Ainsi, avec le Dr I. _____, on retient qu'au plan psychiatrique, le recourant souffre de dysthymie (F 34.1) sans répercussion invalidante sur sa capacité de travail.

f) En définitive, le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques (pas de port de charges au-delà de 15kg, pas de positions statiques prolongées et pas d'activités contraignantes pour le dos) sans qu'il n'existe d'incapacité de travail ni de diminution de rendement de nature psychiatrique. Le point de savoir s'il y a ou non 10% de diminution de rendement n'est pas déterminant pour l'issue du litige.

g) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique telle que requise en l'espèce par le recourant. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

4. a) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, le revenu qu'il 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.

Est déterminante, pour l'évaluation du taux d'invalidité, l'activité raisonnablement exigible de l'assuré compte tenu de l'atteinte à sa santé, et non pas celle effectivement accomplie par l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2c et 105 V 176 consid. 2). Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens tel que ceux-ci ressortissent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb et 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009, consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5 et I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). Pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu de se référer non pas à la statistique des salaires nets (montants effectifs; tableaux du groupe B), mais à celle des salaires bruts standardisés (taux de salaire; tableaux du groupe A), en se fondant toujours sur la médiane (valeur centrale) (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

b) En l'espèce, le calcul du revenu d'invalide du recourant se base sur le salaire mensuel brut de 4'557 fr. tel que ressortant de l'ESS 2002, soit un revenu annuel brut (part au 13^e salaire comprise) de 54'684 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le

secteur d'activité concerné, soit 41.7 h. en 2002, on obtient un revenu d'invalidé annuel brut de 57'008 fr. 07 ($[54'684 \text{ fr.} / 40] \times 41.7$).

aa) Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques de l'ESS, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'office AI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011).

En l'occurrence, le taux de 15% retenu par l'OAI tient compte dans une mesure satisfaisante du désavantage salarial causé du fait des limitations somatiques liées au handicap telles que retenues par les experts judiciaires ainsi que des autres facteurs personnels pouvant entrer en considération. La cour de céans ne s'écartera dès lors pas de

l'appréciation de l'administration. Partant, après déduction d'un abattement de 15%, le revenu d'invalidé réalisable en 2002 s'établit en définitive à 48'456 fr. 86 (57'008 fr. 07 x 0.85).

bb) Après comparaison entre le revenu sans invalidité (50'289 fr.20) et le revenu avec invalidité (48'456 fr. 86) réalisables en 2002, il en résulte un préjudice économique de 1'832 fr. 35, correspondant à un taux d'invalidité de 3,64% ($[1'832 \text{ fr. } 35 / 50'289 \text{ fr. } 20] \times 100$), arrondi à 4% (ATF 130 V 121).

c) On constate que le taux d'invalidité du recourant étant inférieur au seuil minimum de 40% (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, puis dans celle consécutive aux 4^e et 5^e révisions de l'AI), il n'existe aucun droit à la rente.

La décision de refus rendue le 19 octobre 2010 par l'OAI s'avère donc correcte dès lors que l'invalidité du recourant n'était pas susceptible de lui ouvrir le droit à la rente. Pour le surplus, on relèvera que même un abattement de 20% n'aurait pas ouvert droit à la rente (le revenu d'invalidé réalisable en 2002 s'établirait en définitive à 45'606 fr. 40 $[57'008 \text{ fr. } 07 \times 0.80]$). Après comparaison avec le revenu sans invalidité $[50'289 \text{ fr. } 20]$, il en résulterait un préjudice économique de 4'682 fr. 80, correspondant à un taux d'invalidité de 9,31% $[\{4'682 \text{ fr. } 80 / 50'289 \text{ fr. } 20\} \times 100]$, arrondi à 9% [ATF 130 V 121]).

5. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en

matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 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 dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Robert Fox (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :