

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juillet 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Zbinden et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

J. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré), né en 1956, de nationalité bosniaque et au bénéfice d'un permis d'établissement, travaillait depuis décembre 1992 en qualité d'ouvrier pour l'entreprise G._____ SA à Villeneuve. Le 7 juin 2005, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, se prévalant de douleurs dans le bas du dos.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis le dossier de l'assuré auprès de C._____, assurance-maladie d'indemnités journalières. Le 13 juillet 2005, C._____ a notamment remis à l'OAI un rapport du 11 mai 2005 du Dr F._____, médecine générale FMH à Lucens et médecin-traitant de l'assuré, retenant le diagnostic de lombosciatalgies sur troubles dégénératifs et une incapacité de travail de 100 % dès le 2 mai 2005. L'OAI s'est par la suite adressé à ce praticien.

En date du 26 août 2005, le Dr F._____ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes sur trouble statique et dégénératif rachidien, depuis 1998, et de syndrome dépressif réactionnel, depuis juin 2005. Il a retenu une incapacité de travail dans l'activité exercée d'ouvrier d'usine oscillant entre 100 % et 50 % du 23 novembre 1998 au 4 juillet 2004 et de 100 % dès le 2 mai 2005. Il a attesté d'un suivi médicamenteux (AINS et myorelaxants), relevé que le patient ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle en raison de ses douleurs, émis un pronostic réservé quant à l'évolution des lombalgies ainsi que de la capacité de travail et suggéré une nouvelle évaluation de la capacité de travail dans un travail léger.

Dans l'annexe au rapport médical, du 24 août 2005, le Dr F._____ a retenu que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'une

autre activité - soit de surveillance ou de manutention légère, avec des changements de position fréquents et des charges légères - était exigible à raison de 4-5 heures par jour, avec diminution de rendement. Il a également décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré. Le Dr F. _____ a par ailleurs déposé deux rapports des 23 juillet 2004 et 12 octobre 2004 du Dr R. _____, médecin associé au service de rhumatologie du CHUV, faisant état notamment de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de déconditionnement physique global et focal ainsi que de paresthésies prédominant au MID et de rachialgies mécaniques.

Le 7 juin 2006, la Dresse D. _____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), a indiqué que la dépression, décrite comme réactionnelle et dont l'intensité n'avait pas nécessité de prise en charge spécialisée ni de traitement, ne pouvait être considérée comme invalidante et a requis un examen rhumatologique.

En date du 30 août 2006, l'assuré a fait l'objet d'un examen rhumatologique par le Dr T. _____, médecine interne et rhumatologie FMH au SMR. Dans son rapport du 13 septembre 2006, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec malformation de la charnière lombosacrée, de séquelles de maladie de Scheuermann et de rétrolisthésis de L5/S1. Il a évalué la capacité de travail exigible à 0 % dans l'activité habituelle comme ouvrier chez G. _____ SA et à 100 % dans une activité adaptée depuis toujours, et a retenu ce qui suit dans son appréciation consensuelle du cas:

"L'assuré se plaint essentiellement de lombalgies à caractère mécanique. Il signale également des fourmillements de la partie distale des 2 membres inférieurs à partir des 2 genoux. Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, alors que la mobilité cervicale est plus légèrement restreinte. Cependant, il faut noter la présence de signes de non-organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une certaine démonstrativité et d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils. La mobilité des articulations périphériques est normale. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Par contre, il existe une arthrose nodulaire débutante des doigts.

Par ailleurs, le status neurologique est parfaitement normal. Les épreuves de Lasègue sont limitées à droite à 60° et à gauche à 70° non par un syndrome radiculaire, mais par des lombalgies et un raccourcissement des muscles ischio-jambiers. Les radiographies à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann, malformation de la charnière lombosacrée et rétrolisthésis de L5 sur S1.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ceux-ci, la capacité de travail est nulle dans l'activité d'ouvrier chez G. _____ SA. Par contre, dans une activité strictement adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète.

Les limitations fonctionnelles

Rachis: nécessité d'alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

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

Il y a une incapacité de travail de 100% depuis le 02.05.2005.

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

Il est resté stationnaire à 100% dans l'activité d'ouvrier chez G. _____ SA depuis le 02.05.2005.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse romande du 30.08.2006, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité d'ouvrier chez G. _____ SA. Par contre, dans une activité strictement adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète".

Le 11 octobre 2006, la Dresse D. _____ a retenu les atteintes principales à la santé de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec malformation de la charnière lombosacrée, séquelles de maladie de Scheuermann et rétrolisthésis de L5/S1, ainsi qu'une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Elle a repris les conclusions du Dr T. _____ et a notamment relevé ce qui suit:

"Concernant le syndrome dépressif, il s'agit d'un trouble réactionnel à sa situation [de l'assuré] et ses douleurs, il n'y a pas de traitement

antidépresseur, ni de prise en charge psychiatrique. L'examen au SMR décrit une vie quotidienne qui ne reflète pas un épisode dépressif grave. En conclusion, il n'y a pas d'IT pour le syndrome dépressif réactionnel".

Par courrier du 20 novembre 2006, le Dr F. _____ a remis à l'OAI un rapport du 27 octobre 2006 du Dr R. _____, selon lequel les troubles somatiques de l'assuré avaient entraîné progressivement une dépression réactionnelle avec des phénomènes d'anxiété marquée, entraînant des troubles du sommeil et un déconditionnement physique aggravé, un bilan psychiatrique avec un traitement permettant de moduler la thymie étant suggéré.

Dans un projet de décision du 2 février 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, en raison d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles et d'un degré d'invalidité de 12.17 %, après comparaison des revenus pour l'année 2006.

B. En date du 5 mars 2007, par son mandataire, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, se prévalant notamment d'une dégradation de son état de santé, d'un traitement psychiatrique et d'une consultation neurologique. L'assuré a déposé un rapport du 3 octobre 2005 du Dr Z. _____, spécialiste FMH en neurologie à Payerne - retenant le diagnostic de troubles sensitifs des MI vraisemblablement sur irritation pluriradiculaire, écartant la présence d'une polyneuropathie et préconisant un scanner lombaire - et, ultérieurement, un rapport du 22 mars 2007 des Drs Q. _____ et L. _____, du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, par lequel ces spécialistes ont retenu les conclusions suivantes:

"Altération dégénérative de type discarthrose prédominant à l'étage L5-S1 avec perte de hauteur complète du disque et rétrolisthésis de grade I de L5-S1 accompagné d'un fragment discal se trouvant postérieurement au plateau supérieur de S1 et semblant venir au contact de l'émergence de la racine S1 gauche, pouvant donc de fait provoquer un conflit avec celle-ci.

Les récessus latéraux sont réduits à gauche comme à droite à l'étage L5-S1 mais également à l'étage L4-L5 en raison d'un

bombement circonférentiel accompagné d'une arthrose inter apophysaire postérieure, engendrant également postérieurement un conflit radiculaire avec l'émergence de la racine L5 gauche tandis que son homologue droit paraît également plus libre.

Actuellement, pas de réduction significative du canal lombaire permettant d'évoquer un canal lombaire étroit".

Le 30 avril 2007, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 11 avril 2007 du Dr S._____, psychiatre et pédopsychiatre FMH à Lausanne, et de V._____, psychologue à Lausanne, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ainsi que de difficultés liées à l'emploi et au chômage, et retenant ce qui suit dans la partie "discussion":

"Les symptômes dépressifs de ce patient semblent être présents depuis plusieurs semaines avant le début de la prise en charge. Nous soupçonnons un trouble dépressif récurrent mais ne sommes à l'heure actuelle pas en mesure de poser un tel diagnostic en raison du court laps de temps depuis lequel nous connaissons Monsieur J._____.

En raison des nombreux troubles évoqués ci-dessus, il apparaît que ce patient n'est actuellement pas en mesure d'exercer une activité professionnelle régulière, du moins pas dans son domaine de compétences. Des mesures de réhabilitation professionnelle qui tiendraient compte des problèmes de santé de Monsieur restent à notre sens envisageables. Elles permettraient à ce patient de retrouver une occupation dans laquelle il puisse se sentir utile et productif, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Le suivi thérapeutique dont bénéficie Monsieur J._____ à ce jour nous semble pertinent et va être maintenu pour une durée indéterminée. L'introduction d'une médication est en cours d'évaluation".

L'OAI a demandé l'avis du Dr H._____, médecine générale à Lausanne et nouveau médecin traitant de l'assuré. Le 10 juillet 2007, ce praticien a posé les diagnostics de lombalgies statiques, de troubles dégénératifs rachidiens, de discarthrose L5/S1 et d'état anxio-dépressif, depuis 2005. Il a également retenu une incapacité de travail de 100 % depuis 2005, relevé que l'assuré ne pouvait plus exercer ni son activité habituelle ni une activité adaptée et indiqué que seul un travail manuel pouvait convenir à l'intéressé. Il a en outre déposé deux rapports des 10 et 17 novembre 2006 du Dr F._____, relevant en particulier que l'état réactionnel dépressif ne semblait pas remplir les items pour une

dépression sévère et évoquant notamment des lombalgies sur troubles dégénératifs, des troubles du sommeil, un sentiment de dévalorisation et de révolte, une tristesse profonde, des envies suicidaires ainsi qu'un traitement médicamenteux sur le plan somatique.

Dans un rapport du 12 juillet 2007 requis par l'OAI, le Dr R._____ a retenu les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs rachidiens (anomalie transitionnelle avec probable sacralisation de L5), de probable séquelle de dystrophie vertébrale de croissance lombaire, de déconditionnement physique global et focal, et d'état anxio-dépressif réactionnel; il a ajouté qu'un status comme celui de l'assuré conduisait directement à une incapacité de travail, pour des raisons totalement indépendantes de sa volonté d'intégrer sa problématique et ce qui en découle en terme de traitement, et qu'une prise en charge psychiatrique était indispensable dans un tel contexte.

Le 20 septembre 2007, à la demande de l'OAI, le Dr S._____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et celui sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage, avant de retenir une incapacité de travail de 100 % depuis août 2006 dans l'activité d'ouvrier dans une usine à pièces de béton. Dans son annexe au rapport médical du 20 septembre 2007, il a relevé que l'exercice d'une activité à rendement réduit - de type travail manuel à la chaîne - était exigible, en tenant compte d'aménagements du poste de travail, afin que l'intéressé pût varier sa position (assise et debout) en fonction de ses douleurs, à raison de 4-5h par jour environ et compte tenu d'une diminution de rendement. Il a également retenu, notamment, les passages suivants:

"Sur le plan psychologique, Monsieur J._____ relève un ralentissement psychomoteur et une perte d'élan vital significatif depuis son licenciement. Il exprime un profond désespoir teinté d'une colère retenue lorsqu'il évoque ses années de travail et sa situation actuelle. Il décrit un fort sentiment d'injustice, de dévalorisation et d'impuissance. Il évoque des idées suicidaires sans scénarios, idées qui surviennent le plus souvent lorsque Monsieur J._____ pense à son avenir qui lui paraît totalement "bouché".

Monsieur J. _____ mentionne encore des troubles de la mémoire et de la concentration.

Monsieur J. _____ est un homme de 51 ans d'apparence calme et soignée, faisant sensiblement plus que son âge. Le contact est réservé, mais le patient est tout à fait collaborant lors des entretiens. L'expression est clairement triste, le débit verbal semble ralenti et est monocorde. Il pleure souvent lors des entretiens, notamment lorsqu'il est question du vécu de ses enfants en Bosnie. Il montre alors un fort sentiment de culpabilité en regard de cette période où il n'a pu être physiquement présent auprès de[s] siens. Nous ne relevons pas de troubles du cours ou de contenu de la pensée. Le patient est orienté aux trois modes. L'expression des affects est congruente. Absence de troubles de la lignée psychotique.

A l'heure actuelle, l'arrêt de la prise en charge psychothérapeutique aurait un effet péjorant sur la santé psychique de Monsieur J. _____, il est donc maintenu pour une durée encore indéterminée. La mise en place de mesures professionnelles adaptées pourrait avoir un effet positif sur l'ensemble de la symptomatologie dépressive du patient étant donné que ce dernier support[e] assez mal l'inactivité forcée dans laquelle il se trouve actuellement".

Le Dr S. _____ a par ailleurs répondu comme suit à des questions complémentaires de l'OAI:

"1) [Diagnostics selon la CIM-10] Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F.32.2) et difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z.56).

2) Le patient n'ayant pas vécu de période récente sans perturbation significative de l'humeur, nous ne pouvons retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Selon nos observations, l'épisode dépressif sévère est présent depuis le début de la prise en charge en mars 2007. Selon les éléments anamnestiques mentionnés, l'épisode dépressif semble être présent depuis son licenciement en 2006.

3) Le traitement actuel consiste en entretiens psychothérapeutiques réguliers qui ont récemment dus être espacés mensuellement en raison d'un engagement dans un atelier d'occupation proposé par le chômage. Le suivi psychothérapeutique a été initié en mars 2007.

4) Aucune évolution positive significative n'est à noter pour le moment, bien que le patient décrive un certain sentiment de soulagement depuis que le suivi a été entamé. L'état du patient est stationnaire.

5) À notre sens, les seules limitations d'ordre psychologiques se jouent autour de quelques troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'à travers le ralentissement psychomoteur marqué lié à la dépression. D'autres limitations semblent significatives, mais elles se situent sur le plan somatique (à évaluer par un somaticien).

6) Incapacité de travail dans l'activité habituelle: 100%.
Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'incapacité psychiatrique serait approximativement de 30 %".

Par avis médical du 23 novembre 2007, le Dr B._____, du SMR, se prononçant en particulier sur l'avis précité du Dr S._____ au sujet des questions posées à ce dernier praticien par l'OAI, a notamment indiqué ce qui suit:

"Question 1: épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique est maintenu de même que difficultés liées à l'emploi et au chômage. Par contre plus un mot concernant le trouble dépressif récurrent évoqué dans le 1^{er} certificat médical. Plus de 5 mois s'étant écoulés entre les deux certificats, nous pouvons estimer cette période suffisante pour mettre à jour les éléments confirmant un tel diagnostic, c'est à dire les dates des épisodes dépressifs antérieurs. Nous considérons donc que ce diagnostic de trouble dépressif récurrent est définitivement abandonné.

[...]

Question 3: la seule mention du traitement est "que l'arrêt de la prise en charge psychothérapeutique aurait un effet péjorant sur la santé psychique de l'assuré". Ceci ne traduit pas un réel sérieux pour la prise en charge d'un épisode dépressif grave ou conforte notre avis de la non-existence de cet épisode dépressif grave. Rien n'est mentionné sur l'évaluation prétendue d'une médication faite 5 mois plus tôt.

Question 4: pas de réponse à cette question. Seule une assertion comme quoi l'arrêt de la psychothérapie pourrait entraîner un effet délétère sur la santé psychique ce qui n'est certes pas un fait avéré!

Question 5: le Dr S._____ dit d'une part que l'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité et d'autre part "la mise en place de mesures professionnelles adaptées pourrait avoir un effet positif sur l'ensemble de la symptomatologie dépressive du patient étant donné que ce dernier supporte assez mal l'inactivité forcée dans laquelle il se trouve actuellement". Néanmoins cette deuxième assertion va tout à fait dans le sens de notre projet de décision avec une CT de 100% dans une activité adaptée.

Question 6: le Dr S._____ mentionne comme date de début de l'IT psychiatrique le mois d'août 2006 sans aucun élément pour justifier cette date puisqu'il n'en mentionne pas et ne connaît l'assuré que depuis avril 2007. L'assuré ne s'était pas rendu auparavant chez un médecin psychiatre. Aucune limitation fonctionnelle ne nous est fournie.

Après plus de 5 mois de traitement dans le cas d'un épisode dépressif grave, si le traitement est adapté, il y a des améliorations à relever, dans le cas contraire il faut remettre en question le

traitement institué. Ceci est donc le dernier point qu'il faut ajouter à notre argumentation et aux manques du Dr S. _____ pour conclure qu'il n'y a pas en réalité d'épisode dépressif grave, mais probablement un état anxieux dépressif lié à l'inactivité et au non savoir de quoi sera fait le lendemain d'un ouvrier ne travaillant pas. Cet avis est partagé par le Dr R. _____ (médecine interne et rhumatologie) dans son rapport en date du 12.07.2007 qui porte le diagnostic "d'état anxio-dépressif réactionnel" et par son médecin traitant le Dr H. _____ (médecine générale) qui mentionne également le diagnostic d'état anxio-dépressif dans son rapport en date du 04.07.2007.

L'examen SMR rhumatologique (Dr T. _____) en date du 30.08.2006 mentionne le diagnostic: "lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec malformation de la charnière lombo-sacrée, séquelles de la maladie de Scheuermann et rétrolisthésis L5-S1". Ce diagnostic englobe donc la possibilité d'existence de conflits radiculaires.

Le nouveau rapport fourni par l'assuré, l'IRM lombaire effectué au CHUV en date du 19.03.2007 mentionne la possibilité de l'existence de tels conflits radiculaires puisqu'il dit "altération dégénérative de type discarthrose prédominant à l'étage L5-S1 avec perte de hauteur complète du disque et rétrolisthésis de grade I de L5-S1 accompagné d'un fragment discal se trouvant postérieurement au plateau supérieur de S1 et semblant venir au contact de l'émergence de la racine S1 gauche, pouvant de fait provoquer un conflit avec celle-ci. Les récessus latéraux sont réduits à gauche comme à droite à l'étage L4-L5 en raison d'un bombement circonférentiel accompagné d'une arthrose inter apophysaire postérieure, engendrant également postérieurement un conflit radiculaire avec l'émergence de la racine L5 gauche tandis que son homologue droit paraît plus libre". Le conditionnel est clairement utilisé quant à l'existence de ces conflits radiculaires et le diagnostic tel que mentionné par le Dr T. _____ reste parfaitement exact et d'actualité.

De plus l'existence de ces conflits radiculaires aurai[t] pour conséquence un traitement chirurgical si la symptomatologie de l'assuré montrait une souffrance liée à la compression de la racine et pas seulement des lombalgies. De plus les limitations fonctionnelles telles que décrites dans le rapport d'examen rhumatologique de 2006 restent identiques même en présence de ces éventuels conflits radiculaires et les CT décrites également. Ceci est confirmé par le Dr T. _____ consulté ce jour même sur ce dossier.

Le Dr R. _____ (rhumatologue) dans son rapport en date du 12.07.2007 confirme une CT nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier chez G. _____ SA mais ne nous donne pas d'avis quant à une CT dans une activité adaptée. Son médecin traitant, le Dr H. _____ dans son rapport en date du 04.07.2007 donne également une CT nulle dans l'activité d'ouvrier chez G. _____ SA mais dit "un travail manuel est le seul qui pourrait convenir à Monsieur J. _____ en raison de sa connaissance partielle au français". Il reconnaît donc clairement une CT dans une activité adaptée mais dans le choix de celle-ci fait intervenir des faits qui ne peuvent être pris en considération par la loi AI.

[...] Nous maintenons les conclusions antérieures du SMR:

- CT nulle dans l'activité d'ouvrier chez G._____ SA depuis 02.05.2005
- CT dans une activité strictement adaptée = 100% depuis toujours

Les limitations fonctionnelles restent comme suit:

- nécessité d'alterner 2 x par heure la position assise et la position debout
- pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg
- pas de port de charges d'un poids excédant 12 kg
- pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc".

Par décision datée du 6 février 2007 et prise le 13 juin 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en retenant que ce dernier présentait une atteinte à sa santé depuis mai 2005 et disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu d'invalidité de 53'016 fr. 78 - résultant d'un salaire annuel de 58'907 fr. 53 pour l'année 2006 selon l'enquête suisse sur la structure des salaires dans une activité simple et répétitive et d'un abattement de 10 % du revenu d'invalidité - et d'un salaire sans invalidité de 60'365 fr., il a mis en évidence un degré d'invalidité de 12.17 %.

C. Par acte du 13 juillet 2008 de son mandataire, J._____ défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Alléguant souffrir de plusieurs affections, notamment d'un état dépressif qualifié de sévère et d'atteintes dorsales, il conteste en substance la valeur probante des rapports sur lesquels se fonde l'OAI. Sur le plan rhumatologique, sur la base notamment du rapport IRM du 22 mars 2007 des Drs Q._____ et L._____, il se prévaut d'une détérioration de son état de santé et soutient que l'ensemble de ses troubles somatiques n'ont pas été pris en compte par l'OAI. Sur le plan psychique, il se prévaut de l'avis du Dr S._____ et fait ensuite valoir que cette problématique n'a pas suffisamment été investiguée par l'OAI.

A l'appui de son recours, l'assuré dépose un rapport du 9 juillet 2008 du Dr S._____ et de la psychologue V._____, par lequel ces spécialistes confirment les réponses qu'ils ont apportées le 20 septembre 2007 aux questions de l'OAI, critiquent le rapport du 23 novembre 2007 du SMR et relèvent ce qui suit:

"L'épisode dépressif présenté par Monsieur J._____ a été jugé d'intensité sévère en avril 2007 en raison de la présence des éléments constitutifs d'un tableau clinique de dépression sévère posés par les critères de la CIM-10. A l'heure actuelle, l'épisode dépressif est toujours présent mais il n'est plus d'intensité sévère, le ralentissement psychomoteur étant moins marqué ainsi que les idées suicidaires moins présentes. Les activités sociales et professionnelles restent toutefois passablement diminuées.

Concernant les questions relatives au séjour hospitalier et à la médication:

Comme le relève l'ouvrage diagnostique précité (p.107) "les patients hospitalisés en psychiatrie présentent surtout des dépressions sévères" mais cela ne signifie pas que toutes les personnes souffrant de dépression sévère sont hospitalisées. De plus, nous rappelons que la psychothérapie est un traitement en soi face aux divers troubles psychopathologiques existant et que la médication simple ne permet pas de traiter globalement le mal-être d'un sujet souffrant. A noter que nous avons de très bonnes raisons pour ne pas introduire une médication dans ce cas spécifique.

Finalement, au sujet de la remarque initiale — qui cherche visiblement à dévaluer la pertinence de notre rapport — il est à préciser que Monsieur J._____ est suivi en psychothérapie déléguée sous la supervision du Dr S._____ qui par ailleurs connaît très bien la problématique de ce patient".

L'intéressé dépose également un rapport du 11 juillet 2008 du Dr R._____, qui critique la pertinence du rapport SMR du 23 novembre 2007 du Dr B._____ - selon lui tendancieux, interprétatif et abusif -, relève que ce dernier n'est pas psychiatre ni rhumatologue et remet en cause les compétences médicales du Dr M._____, dont le nom apparaît sur le rapport précité du SMR.

D. Dans sa réponse du 9 décembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, relevant que les rapports des Drs S._____ et R._____ déposés par le recourant n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux.

Par courrier du 12 février 2009, le recourant confirme sa position et soutient qu'une expertise psychiatrique est nécessaire. Le 18 mars 2009, il dépose une lettre du 17 mars 2009 du Dr H._____, attestant de problèmes cardiaques, notamment d'un infarctus sur occlusion de la coronaire droite le 3 mars 2009 et d'une hospitalisation jusqu'au 10 mars 2009.

E n d r o i t :

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

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

La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit 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), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

2. 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^{er} 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 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité

peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; 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) Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Cette jurisprudence est aussi valable

s'agissant de l'appréciation d'un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, cette prestation lui étant refusée par l'office intimé. S'agissant de la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des différents rapports médicaux figurant au dossier.

4. a) Sur le plan somatique, l'assuré a été soumis à un examen rhumatologique effectué le 30 août 2006 au SMR, à la suite duquel le Dr T._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec malformation de la charnière lombosacrée, de séquelles de maladie de Scheuermann et de rétrolisthésis de L5/S1, avant d'évaluer la capacité de travail exigible à 0 % dans l'activité habituelle comme ouvrier chez G._____ SA et à 100 % dans une activité adaptée depuis toujours, en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes:

"Rachis: nécessité d'alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc".

Ces diagnostics, leur incidence quant à la capacité de travail et les limitations fonctionnelles qu'ils entraînent ont été repris par les médecins du SMR (rapport des 11.10.2006 de la Dresse D._____ et 23.11.2007 du Dr B._____). On relèvera que les conclusions du Dr T._____, résultant d'une étude approfondie et détaillée de la problématique de l'assuré sur le plan rhumatologique, sont prépondérantes par rapport aux avis, en l'occurrence moins étayés et documentés, des Drs R._____ (rapport des 23.07.2004, 12.10.2004 et 12.07.2007), F._____ (rapports des 26.08.2005, 11.05.2005, 10 et 17.11.2006) et H._____ (rapport du 10.07.2007). A cela s'ajoute que ces derniers praticiens sont les médecins traitants de l'assuré, de sorte que leur avis doit être considéré avec les réserves d'usage s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail.

b) Pour sa part, le recourant se prévaut d'une détérioration de son état de santé sur la base du rapport IRM du 22 mars 2007 des Drs Q._____ et L._____. Ces spécialistes ont notamment constaté des altérations dégénératives de la colonne vertébrale et écarté la présence d'un canal lombaire étroit. A ce sujet, le Dr B._____ a relevé, le 23 novembre 2007, que les diagnostics retenus par le Dr T._____ englobaient la possibilité d'existence de conflits radiculaires et que l'IRM lombaire effectuée au CHUV le 19 mars 2007 mentionnait la possibilité de l'existence de tels conflits radiculaires, le diagnostic mentionné par le Dr T._____ restant d'actualité. Le médecin du SMR a par ailleurs relevé d'une part que l'existence de ces conflits radiculaires aurait pour conséquence un traitement chirurgical si la symptomatologie de l'assuré montrait une souffrance liée à la compression de la racine et pas seulement des lombalgies, et d'autre part que les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'examen rhumatologique de 2006 restaient identiques même en présence de ces éventuels conflits radiculaires, de même que la capacité de travail en résultant, ceci étant confirmé par l'avis du Dr T._____.

Le Dr R._____, dans son rapport du 11 juillet 2008, a contesté la remarque du Dr B._____ selon laquelle "l'existence de ces

conflits radiculaires aurai[t] pour conséquence un traitement chirurgical si la symptomatologie de l'assuré montrait une souffrance liée à la compression de la racine et pas seulement des lombalgies" en expliquant que, selon la pratique médicale actuelle, une souffrance radiculaire ne signifie pas obligatoirement - même en cas de compression démontrée - qu'une opération chirurgicale est nécessaire, la sciatique ne justifiant éventuellement une opération que dans 1 à 4 % des pathologies vertébrales. Si cette remarque peut sembler pertinente, il n'en demeure pas moins que les autres arguments du médecin du SMR n'ont pas été remis en cause par le Dr R._____, à savoir le fait que le rapport IRM utilise le conditionnel quant à l'existence de ces conflits radiculaires et que, même en présence de tels conflits, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues par le Dr T._____ resteraient inchangées. Enfin, s'agissant des remarques du Dr R._____ au sujet des compétences du Dr B._____, on relèvera que ce dernier, en tant que médecin-chef adjoint du SMR Suisse romande au moment où il a rendu son rapport du 23 novembre 2007, est réputé disposer des qualifications nécessaires pour apprécier l'état de santé de l'assuré et se prononcer en connaissance de cause quant à l'incapacité de travail, quand bien même il n'est semble-t-il pas spécialiste en rhumatologie. On retiendra donc que le rapport IRM des Drs Q._____ et L._____ du 22 mars 2007 ne justifie pas d'aggravation significative de l'état de santé de l'assuré au point de remettre en cause l'avis du Dr T._____.

c) Le recourant allègue en outre que d'autres affections somatiques n'ont pas été prises en compte par l'OAI, soit le diabète de type II, l'apnée du sommeil et l'hypercholestérolémie. Le diabète et l'hypercholestérolémie ont été mentionnés par le Dr T._____ mais n'ont pas été retenus en tant que diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (rapport du 13.09.2006, p.1). Le Dr R._____ a évoqué un très éventuel syndrome d'apnée du sommeil (rapport du 23.07.2004) mais n'a pas retenu que cette atteinte à la santé pouvait restreindre la capacité de travail. Pour le surplus, les différents médecins qui ont examiné l'assuré, et en particulier ses médecins traitants, n'ont pas affirmé que ces affections, ou l'une d'elles, pouvaient entraîner une limitation de la

capacité de travail. Le recourant admet du reste que ces affections ne sont pas invalidantes à elles seules.

Par ailleurs, pour des questions de procédure, il ne peut être tenu compte dans la présente cause des derniers éléments apportés par le Dr H. _____ (lettre du 17.03.2009) - à savoir des problèmes cardiaques, notamment un infarctus sur occlusion de la coronaire droite le 3 mars 2009 ayant nécessité une hospitalisation jusqu'au 10 mars 2009 - étant donné que ces événements se sont produits après que la décision attaquée a été rendue, à savoir le 13 juin 2008. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 et les références citées; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1).

d) En outre, on relèvera que l'examen rhumatologique du 30 août 2006 du Dr T. _____ comporte une anamnèse précise et détaillée (notamment familiale, professionnelle et par système), un status complet, la prise en compte des pièces médicales (en particulier radiologiques) figurant au dossier et des plaintes de l'assuré. Il se fonde ensuite sur une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions dûment étayées, en particulier s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que ce document satisfait aux conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. On retiendra donc que le recourant présente, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

5. a) Il reste à examiner la problématique psychique de l'assuré. Le recourant, qui se prévaut principalement de l'avis du Dr S. _____, soutient que cet aspect n'a pas suffisamment été investigué par l'OAI.

b) Le 26 août 2005, le Dr F. _____ a notamment posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome

dépressif réactionnel, depuis juin 2005. Dans son rapport du 11 octobre 2006, ayant fait suite à l'examen rhumatologique du Dr T._____, la Dresse D._____ a relevé, concernant le syndrome dépressif, qu'il s'agissait d'un trouble réactionnel à la situation et aux douleurs de l'assuré, qu'il n'y avait pas de traitement antidépresseur ni de prise en charge psychiatrique et que l'examen au SMR décrivait une vie quotidienne ne reflétant pas un épisode dépressif grave, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail pour le syndrome dépressif réactionnel.

Par la suite, en date du 27 octobre 2006, le Dr R._____ a relevé que les troubles somatiques de l'assuré avaient entraîné progressivement une dépression réactionnelle avec des phénomènes d'anxiété marquée, engendrant des troubles du sommeil et un déconditionnement physique aggravé, un bilan psychiatrique avec un traitement permettant de moduler la thymie étant suggéré. Le Dr F._____ a pour sa part noté que l'état réactionnel dépressif ne semblait pas remplir les items pour une dépression sévère, tout en relevant un sentiment de révolte, des troubles du sommeil, une fatigue importante, une irritabilité, un sentiment de dévalorisation, une tristesse profonde et des envies suicidaires (le 17.11.2006) avant d'évoquer un état dépressif réactionnel nettement plus important par rapport à l'évaluation du Dr T._____ (le 20.11.2006). Le 30 avril 2007, le Dr S._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ainsi que de difficultés liées à l'emploi et au chômage et a retenu que les symptômes dépressifs semblaient être présents depuis plusieurs semaines avant le début de la prise en charge, soupçonnant un trouble dépressif récurrent. Ce spécialiste a ajouté que l'intéressé n'était actuellement pas en mesure d'exercer une activité professionnelle régulière, du moins pas dans son domaine de compétences, que des mesures de réhabilitation professionnelle tenant compte des problèmes de santé restaient envisageables - celles-ci devant permettre à l'assuré de retrouver une occupation dans laquelle il pût se sentir utile et productif, ce qui n'était pas le cas à l'heure actuelle - et que le suivi thérapeutique semblait pertinent et allait être maintenu, l'introduction d'une médication étant en cours d'évaluation.

Le 10 juillet 2007, le Dr H._____ a en particulier posé le diagnostic d'état anxio-dépressif, depuis 2005. Dans son rapport du 12 juillet 2007, le Dr R._____ a retenu un état anxio-dépressif réactionnel, indiquant qu'un status comme celui de l'assuré conduisait directement à une incapacité de travail, pour des raisons totalement indépendantes de sa volonté d'intégrer sa problématique et ce qui en découle en terme de traitement, et qu'une prise en charge psychiatrique était indispensable dans un tel contexte. Le 20 septembre 2007, le Dr S._____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et celui sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage. Sur le plan psychologique, ce médecin a signalé un ralentissement psychomoteur et une perte d'élan vital significatif depuis le licenciement de l'assuré, ce dernier exprimant un profond désespoir teinté d'une colère retenue à l'évocation de ses années de travail et de sa situation actuelle, décrivant un fort sentiment d'injustice, de dévalorisation et d'impuissance et évoquant des idées suicidaires sans scénarios, des troubles de la mémoire et de la concentration. Ce médecin a constaté que l'assuré était d'apparence calme et soignée, faisant sensiblement plus que son âge, de contact réservé mais tout à fait collaborant lors des entretiens, que l'expression était clairement triste, le débit verbal semblant ralenti et étant monocorde, que l'assuré pleurait souvent lors des entretiens et montrait un fort sentiment de culpabilité; il n'a pas relevé de troubles du cours ou du contenu de la pensée ni de troubles de la lignée psychotique et a signalé que l'intéressé était orienté aux trois modes, l'expression des affects étant congruente. A l'heure actuelle, le Dr S._____ a noté que l'arrêt de la prise en charge psychothérapeutique avait un effet péjorant sur la santé psychique de l'assuré, celle-ci étant donc maintenue pour une durée encore indéterminée, puis a précisé que la mise en place de mesures professionnelles adaptées pouvait avoir un effet positif sur l'ensemble de la symptomatologie dépressive du patient, ce dernier supportant assez mal l'inactivité forcée dans laquelle il se trouvait actuellement.

Répondant aux questions de l'OAI, ce spécialiste a par ailleurs infirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, mentionné le suivi par l'assuré d'entretiens psychothérapeutiques depuis mars 2007 et indiqué que les seules limitations d'ordre psychologique consistaient en quelques troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'à travers le ralentissement psychomoteur marqué lié à la dépression. Il a ensuite retenu, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, une incapacité psychiatrique évaluée à 30 %. Dans un avis médical du 23 novembre 2007, critiquant l'avis du Dr S._____, le Dr B._____ du SMR a retenu en substance que l'assuré présentait sur le plan psychique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le 9 juillet 2008, le Dr S._____ a maintenu son avis nonobstant les remarques du SMR. Le Dr R._____ a enfin critiqué la pertinence du rapport SMR du 23 novembre 2007 et mis en doute les compétence médicales des Drs B._____ et M._____ (le 11.07.2008).

c) Au vu de ce qui précède, on ne saurait dire que la problématique psychique de l'assuré n'a pas été suffisamment investiguée, même si l'OAI n'a pas mis en oeuvre d'expertise psychiatrique. Contrairement à ce que soutient le recourant, on retiendra que les troubles psychiques de l'assuré ont dûment été pris en compte dans la présente cause, notamment par les Drs R._____, F._____ et S._____ notamment. Selon ce dernier médecin, l'assuré présente les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de difficultés liées à l'emploi et au chômage, ce qui n'est en soi pas contesté par le SMR. Dans son rapport du 20 septembre 2007, le Dr S._____ se base sur une anamnèse précise et des constatations objectives, prend en compte les plaintes subjectives de l'assuré et se fonde sur une appréciation médicale claire ainsi que, compte tenu des réponses apportées aux questions de l'OAI, des conclusions claires et dûment motivées, notamment quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. On peut donc se demander si les conclusions du Dr S._____ ont une valeur probante supérieure à celles du SMR. Il n'est toutefois pas nécessaire de répondre à cette question, et ce pour les raisons qui suivent.

Dans son rapport du 20 septembre 2007, le Dr S._____ a retenu que l'assuré présentait dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - soit, selon ce spécialiste, quelques troubles de la concentration et de l'attention et un ralentissement psychomoteur marqué lié à la dépression - une incapacité psychiatrique de 30 %. Si le Dr S._____ a également retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 4-5h par jour dans une activité à rendement réduit, il s'est visiblement prononcé, sur ce point précis, sur la capacité de travail au plan somatique, étant donné qu'il a évoqué des aménagements du poste de travail afin que l'assuré pût varier sa position (assise et debout) en fonction de ses douleurs. Or, sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée, selon les conclusions du Dr T._____ (consid. 4 ci-dessus), et le Dr S._____ a bien précisé que les limitations somatiques ne relevaient pas de son domaine de compétence (réponse 5 apportée aux questions de l'OAI). Ainsi, sur le seul plan psychique, si l'on s'en tient aux conclusions du Dr S._____, on retiendra que l'assuré présente une incapacité de travail de 30 % dans une activité adaptée.

d) En tenant compte de cette incapacité de travail (et inversement d'une capacité de 70 %), le revenu d'invalidité - qui a correctement été fixé par l'OAI à 53'016 fr. 78 en tenant compte d'un abattement de 10 % paraissant équitable au vu des circonstances - est de 37'111 fr. 20. Compte tenu du revenu sans invalidité, fixé par l'OAI à 60'365 fr. conformément aux pièces versées au dossier, notamment des données fournies par l'entreprise G._____ SA, le degré d'invalidité est alors de 38.52 % et ne permet pas l'octroi d'une rente, car inférieur au degré minimal de 40 % donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI). Dès lors, même en tenant compte de l'avis du Dr S._____ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan psychique - alors que l'OAI, pour sa part, se prévaut d'une capacité de travail entière - l'assuré n'a pas droit à une rente d'invalidité.

6. Partant, la décision attaquée est correcte dans son résultat, de sorte que le recours doit être rejeté. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit jugée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction sur le plan psychiatrique comme le requiert le recourant.

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe, en compensation avec son avance. Enfin, le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 juin 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, fixés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge du recourant J._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour J. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :