

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Monod et Mme Rossier
Greffière : Mme Desscan

Cause pendante entre :

N. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1957 au [...], marié et père de deux enfants, est arrivé en Suisse le 20 mars 1984. Au bénéfice d'une scolarité primaire effectuée au [...] et d'un diplôme de carrossier obtenu en 1981 dans ce pays également, il a d'abord travaillé en Suisse en tant que manœuvre saisonnier. Depuis le [...] 1998, il a travaillé en tant que magasinier pour le compte de l'entreprise H. _____ SA, à [...]. A ce titre, il réalisait en 2007 un revenu mensuel brut de 4'560 fr., versé 13 fois l'an, soit un revenu annuel brut de 59'280 fr.

En incapacité de travail depuis le 6 décembre 2007 en raison de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, il a déposé le 14 avril 2008 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

b) Dans un rapport médical du 8 mai 2008 adressé à l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, du Département de l'appareil locomoteur du CHUV et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, de déconditionnement physique global et focal, et de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse. Il a indiqué qu'il traitait l'assuré depuis le 12 mars 2008 et qu'auparavant, l'assuré était pris en charge par la Dresse C. _____, médecin praticien FMH à [...], qui le lui avait envoyé. Il a exposé que l'assuré présentait une situation douloureuse rachidienne, structurellement bien documentée par l'anamnèse, l'examen clinique et les radiographies dans le sens d'une perte des différentes composantes de la condition physique, en particulier de l'endurance cardiovasculaire, de la mobilité et de la coordination. Cette situation justifiait une approche de rééducation proprioceptive, posturale, de renforcement et d'assouplissement, visant ainsi à corriger les déficiences constatées et à renforcer la stabilité du rachis lombaire par l'intermédiaire d'une augmentation des compétences du caisson abdominal en particulier ; parallèlement, il s'agissait également

d'assouplir l'ensemble des structures musculaires hypo-extensibles, dont la traduction fonctionnelle résidait dans l'image de l'IRM. L'assuré était à 100% d'arrêt de travail sur un taux contractuel de 50% par les soins de la Dresse C. _____ et ce taux ne pouvait pour l'instant être dépassé.

c) Dans un rapport médical du 14 mai 2008 adressé à l'OAI, la Dresse C. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies, réactivation chronique, existant depuis le 6 décembre 2007, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, d'état anxiodépressif et de céphalées. Elle a exposé que comme, en décembre 2007, la surcharge à son travail avait été majeure, les douleurs lombaires de l'assuré s'étaient aggravées, nécessitant un arrêt de travail à temps plein ; pris en charge au CHUV par le Dr D. _____, l'assuré y poursuivait encore actuellement des exercices de physiothérapie à sec et en piscine ; si l'incapacité de travail prescrite à 100% le 7 décembre 2007 avait pu être transformée en incapacité à 50% le 16 janvier 2008, la capacité de travail de l'assuré était à nouveau nulle depuis le 24 avril 2008 en raison des gros travaux exigés par son employeur ; l'activité exercée en tant que magasinier n'était probablement plus exigible.

A ce rapport médical étaient joints notamment des rapports médicaux adressés les 13 mars et 16 avril 2008 par le Dr D. _____ à la Dresse C. _____.

d) Ensuite d'un avis médical SMR (Service médical régional de l'AI) du 23 juin 2008 établi par le Dr S. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, l'assuré a été convoqué au SMR pour un examen clinique rhumatologique, qui a été effectué le 27 août 2008 par le Dr A.W. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport d'examen clinique du 29 août 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombocruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit, hernie discale L4-L5 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée (M 54.4), ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la

capacité de travail de douleurs testiculaires gauches dans le cadre d'une hydrocèle bilatérale à nette prédominance droite avec petit kyste banal de la tête de l'épididyme droit. Il a exposé ce qui suit :

"APPRÉCIATION DU CAS

Actuellement, l'assuré se plaint essentiellement de lombalgies D irradiant à toute la colonne jusqu'à la région cervicale. Il signale également des douleurs testiculaires G ainsi que de la face interne de la cuisse G jusqu'au genou. L'assuré nous dit par ailleurs « que son testicule droit est agrandi ». Il nous informe qu'il fait régulièrement au minimum 3 torticolis par année. Au status actuel, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est satisfaisante et on ne note qu'un signe de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. La mobilité cervicale est normale. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est par ailleurs sp. Au status général, la palpation testiculaire est indolore, mais il existe une hydrocèle droite.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une hydrocèle bilatérale prédominant nettement à droite avec petit kyste banal de la tête de l'épididyme droit. Ces examens radiologiques mettent également en évidence des troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5, canal lombaire étroit et anomalie transitionnelle lombosacrée.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons donc les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de magasinier chez H. _____ SA. Ainsi, dans cette activité la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. L'assuré nous dit qu'il serait motivé par une reconversion professionnelle ou des mesures professionnelles.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x 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 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% du 6.12.2007 au 15.01.2008, de 50% du 16.01.2008 au 27.04.2008 et de 100% dès le 28.04.2008 dans l'activité habituelle de magasinier chez H. _____ SA. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète."

B. **a)** Le 9 septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité, dont la motivation était en substance la suivante :

Il ressort du dossier que, médicalement, l'assuré présente une incapacité de travail et de gain entière dans son activité de magasinier mais qu'en revanche, dans des activités adaptées à son état de santé qui sont sans port de charges de plus de 12 kg et avec alternance des positions assise/debout, sa capacité de travail et de gain est entière et ceci depuis décembre 2007. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidé peut être estimé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 4'732 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1 ; niveau de qualification 4). Après adaptation de ce montant à l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2006 (41,7 heures, alors que les salaires standardisés reposent sur un horaire hebdomadaire de 40 heures) et à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2007 (+1.60 % ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 60'144 fr. 48, sur lequel il se justifie, compte tenu des limitations fonctionnelles, d'opérer un abattement de 15%, de sorte que le revenu annuel d'invalidé s'élève en définitive à 51'122 fr. 81. La comparaison de ce revenu avec le revenu annuel brut de 59'280 fr. que l'assuré réaliserait sans atteinte à la santé dans son ancienne activité de magasinier fait apparaître un degré d'invalidité de 13%, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

b) L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 6 octobre 2008. Le 10 décembre 2008, représenté par l'avocate Anne-Sylvie Dupont, il a fait valoir que son état de santé évoluait dans le sens d'une

aggravation et qu'il était sans doute prématuré de rendre une décision à ce stade ; il a en outre signalé qu'il consultait un psychiatre et a produit un bref rapport médical établi le 8 décembre 2008 par le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui indiquait suivre l'assuré depuis le 14 novembre 2008 pour un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et attestait d'une incapacité de travail totale à cause de ce trouble psychique, pour une durée indéterminée.

c) Ensuite d'un avis médical SMR établi le 7 janvier 2009 par le Dr [...], spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, dans lequel ce médecin exposait que sur le plan somatique, il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux cohérents avec une aggravation de l'état de santé par rapport à l'examen du 28 août 2008, mais qu'un complément d'instruction était nécessaire sur le plan psychiatrique. L'OAI a confié une expertise psychiatrique au [...] SA, à [...], qui a été réalisée le 26 février 2009 par le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de l'expert, daté du 1^{er} mai 2009, contient une analyse des pièces du dossier (p. 4-7), les données subjectives de l'expertisé (p. 7-9), une anamnèse (p. 7-11), un exposé des données objectives (p.11), une synthèse et discussion (p. 11-13) et les réponses aux questions (p. 14-16). Il en ressort notamment ce qui suit :

"6. Synthèse et discussion

(...)

Situation actuelle :

L'assuré rapporte essentiellement des douleurs présentes de longue date, aggravées depuis décembre 2007, permanentes, augmentées au moindre mouvement et à la position assise, diminuées par le Voltaren. Il décrit des ruminations concernant les conflits familiaux et la perte de son incapacité (*recte* : de sa capacité) de travail. A cela s'ajoute une plus forte réactivité émotionnelle, un état de tristesse très marqué, une irritabilité à caractère explosif présente de longue date, une diminution de la capacité à éprouver du plaisir, quelques idées noires ainsi que des troubles du sommeil en lien avec les douleurs. Il signale encore une diminution de la libido, en lien notamment avec la prise des médicaments.

Du point de vue de sa structure de personnalité, il est assez méticuleux avec une tendance à exprimer la contrariété lorsque les

choses ne se passent pas comme il le souhaite, il est susceptible et se décrit lui-même comme *un peu caractériel*.

A l'examen clinique, on observe un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs, mais également sur les conflits conjugaux. L'assuré présente une assez forte labilité émotionnelle lorsque nous évoquons ses problèmes algiques et ses conflits conjugaux. La structure de personnalité est quelque peu rigide. On n'observe pas de comportement algique et il ne paraît pas particulièrement désespéré.

Les fonctions cognitives sont préservées. La thymie est tout à fait neutre, sans tristesse apparente lorsque nous abordons d'autres sujets que les douleurs et les conflits familiaux. Il n'y a pas de ralentissement psychique ni de fatigue.

Le monitoring thérapeutique montre des taux compatibles avec le schéma posologique, mais à la limite inférieure et à des taux thérapeutiques.

Sur la base de ces éléments, nous retenons essentiellement un trouble de l'humeur.

Le Docteur H._____ retenait un épisode dépressif sévère. Actuellement, on peut considérer que l'épisode est léger, en voie de rémission et non accompagné d'un syndrome somatique. La rémission est incomplète avec la persistance de quelques troubles cognitifs anamnestiques et d'une plus forte irritabilité. On peut considérer que l'évolution clinique est favorable entre novembre et ce jour. On note surtout que la symptomatologie est plus marquée lorsque l'on évoque les conflits familiaux et le problème des douleurs physiques.

La symptomatologie présentée par l'assuré pose la question d'un éventuel trouble somatoforme. En l'absence d'évaluation conjointe par un rhumatologue, il est difficile de se positionner. Toutefois, on note que le Docteur D._____ n'a jamais fait référence à un tel diagnostic. Cela ne ressort pas non plus de l'évaluation faite au SMR. Pour notre part, nous n'avons pas observé de comportement manifestement algique. Il y a un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs, mais il y a également un rétrécissement du champ de la pensée sur les conflits familiaux. L'assuré ne paraît pas désespéré. En revanche on note que l'aggravation des douleurs s'inscrit dans le contexte de conflits familiaux et professionnels. Une évolution vers un trouble somatoforme n'est pas exclue ultérieurement.

Pour notre part, nous n'avons pas le sentiment que l'assuré souffre d'un manque de ressources personnelles. L'assuré a une bonne compétence intellectuelle et il a pu être scolarisé relativement longtemps. Il consulte régulièrement les journaux portugais sur Internet ce qui montre certaines ressources et surtout une envie de s'informer.

Concernant sa structure de personnalité, nous avons des éléments en faveur d'une structure de personnalité obsessionnelle avec une certaine rigidité et une tendance à ce que les autres se conforment

à ses désirs. Cela contribue probablement aux conflits familiaux avec des différents concernant la façon de mener l'éducation des enfants. A cela s'ajoute des traits narcissiques avec une certaine susceptibilité, mais sans caractère rancunier.

L'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles manifestes en lien avec l'épisode dépressif et l'évolution psychiatrique est favorable. En revanche, il présente une rigidité mentale en lien avec son trouble de la personnalité.

On peut considérer que l'assuré a été en incapacité de travail à partir du 01.10.2008 jusqu'au moment de l'examen. La date du 01.10.2008 est arbitraire, elle repose sur l'absence d'évocation de diagnostic psychiatrique sévère jusqu'à l'automne. L'état psychique s'est ensuite aggravé suite au décès de son frère. Dès le moment de l'examen, l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychique.

Nous avons pu exprimer ce point de vue à l'assuré, lui disant que son status psychique ne justifiait pas à notre sens une incapacité de travail. Ceci n'a pas provoqué de réaction particulière de sa part et l'assuré a affirmé lui-même qu'il pensait être en incapacité de travailler à 100% pour des raisons physiques. Nous restons cependant très dubitatifs concernant son évolution. En raison d'une structure de personnalité associant des traits obsessionnels et narcissiques, il présente des capacités d'adaptation réduite, ce qui représente une limitation relative, avec le risque que l'assuré par lui-même ne fasse pas de recherche de travail. La situation est ainsi à risque de se rigidifier, une aide au placement serait certainement utile. L'activité proposée dans le cadre de ce placement est exigible."

Sur cette base, l'expert a retenu le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (d'octobre 2008 à février 2009) et de personnalité anankastique (F60.5), ainsi que le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 2008. Les troubles constatés limitaient les capacités d'adaptation et ils étaient à risque de provoquer une évolution chronique de la symptomatologie algique. La capacité résiduelle de travail était de 100% dans toute activité, en l'absence de ralentissement psychique ou de troubles cognitifs manifestes. Les capacités d'adaptation étaient toutefois limitées. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas formellement indiquées sur le plan psychique mais elles étaient très souhaitables, sous la forme d'une aide au placement pour permettre à l'assuré de trouver une porte de sortie honorable.

d) Le 9 juin 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 9 septembre 2008 refusant à l'assuré une rente d'invalidité ou des mesures professionnelles, accompagnée d'une lettre explicative également datée du 9 juin 2009, dans laquelle il exposait qu'il ressortait de l'instruction complémentaire effectuée qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux sur le plan somatique et que l'expertise psychiatrique réalisée avait conclu à un épisode dépressif engendrant une incapacité de travail entière de courte durée (d'octobre 2008 à février 2009) avec actuellement une rémission.

C. a) L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 13 juillet 2009. Il a fait valoir que sur le plan physique, l'intégralité des avis médicaux recueillis, si l'on faisait abstraction du rapport d'examen du SMR, reflétait un état de santé qui se péjorait de mois en mois, l'entravant de plus en plus dans ses mouvements et dans toute activité quotidienne.

En effet, le 13 mars 2008, le Dr D. _____ indiquait que les lombalgies étaient présentes depuis longtemps, se manifestant à raison d'un épisode handicapant tous les deux à trois ans, jusqu'au mois de décembre 2007 où les douleurs étaient plus marquées et s'aggravaient pour conduire au tableau actuel. Ce médecin posait le diagnostic de troubles statiques et dégénératifs rachidiens, d'un déconditionnement physique global et focal et de probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse. Il précisait dans un courrier du 16 avril 2008 que la récupération d'une musculature perturbée pouvait demander en tout cas trois mois, sinon beaucoup plus, en fonction des différentes composantes physiques, psychologiques et socioprofessionnelles. Il indiquait encore que l'incapacité de travail était de 100% et qu'un taux de 50% ne pourrait, en tout état de cause, pas être dépassé. Il estimait prématuré de répondre à la question d'une reprise de l'activité professionnelle ou d'une amélioration de la capacité de travail. Il dressait finalement une liste très limitée des activités qui pourraient encore être exigées du recourant. Le 24 juin 2009, le Dr D. _____ signalait encore un syndrome d'apnée du sommeil.

Dans tous ses rapports, le Dr D._____ expliquait de manière très claire que les lombalgies présentées par le recourant devaient être comprises dans un contexte global, physique et psychologique. S'il niait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il expliquait qu'une récupération musculaire n'était possible que si le recourant avait les ressources psychologiques de surmonter sa douleur pour s'astreindre au traitement et aux exercices nécessaires. Pour le Dr D._____, compte tenu de la péjoration de l'état de santé sur un plan psychiatrique, sortir du cercle vicieux qu'il décrivait dans son courrier du 24 juin 2009 n'était pas possible en l'état actuel, de sorte que la capacité de travail du recourant devait être considérée comme nulle dans toute activité.

A la lecture des rapports du Dr D._____, on acquérait la certitude que la pathologie du recourant, sur un plan physique, ne se limitait pas à de simples douleurs rhumatismales, comme l'expert du SMR voudrait le faire croire, mais que le recourant présentait de nombreuses limitations fonctionnelles au vu desquelles la capacité de travail devait être considérée comme nulle dans toute activité, même s'il n'était pas exclu qu'elle s'améliore à l'avenir. De tous les médecins qui se sont exprimés dans cette affaire, le Dr D._____ était le seul à avoir tenu compte de toutes les composantes de l'affection du recourant. S'il n'était pas psychiatre, son expérience en matière d'atteintes rhumatologiques lui permettait de se prononcer sur la faculté d'un patient de surmonter ses douleurs pour se soumettre à un traitement adéquat. C'était donc à l'avis de ce praticien qu'il convenait de se référer exclusivement, pour ce qui concernait la question des atteintes physiques à tout le moins, à moins que la Cour ne préfère ordonner une expertise pluridisciplinaire neutre.

Sur le plan psychiatrique, le recourant estimait que le rapport du Dr K._____ contenait de multiples contradictions, notamment lorsqu'il concluait à une capacité de travail entière tout en disant, au sujet du recourant, être « très dubitatif concernant son évolution. En raison d'une structure de personnalité associant des traits obsessionnels et narcissiques, il présente des capacités d'adaptation réduite, ce qui représente une limitation relative, avec le risque que l'assuré par lui-

même ne fasse pas de recherche de travail ». Par ailleurs, le Dr K. _____ n'expliquait pas sur quelles bases, ni sur quels outils de diagnostic il se fondait pour retenir un épisode dépressif léger. En outre, il n'avait vu le recourant qu'à une seule reprise, raison pour laquelle l'avis du Dr H. _____ devait selon le recourant être préféré à celui du Dr K. _____, qui n'avait pas justifié le degré de la dépression du recourant et qui se contredisait entre le pronostic et l'appréciation de la capacité de travail.

Le recourant a produit un courrier adressé le 5 juin 2009 à son conseil par le Dr H. _____, dont il ressort ce qui suit :

"En effet je maintiens mon opinion exprimée dans la lettre du 8.12.2008.

M. N. _____ présente toujours un état dépressif sévère une reprise du test d'Hamilton le 2.6.09 a donné un résultat de 25 donc un point de plus qu'au bilan précédent.

Du fait de sa structure de personnalité rigide M. N. _____ gère très mal ses difficultés professionnelles, familiales et de santé physique et se trouve dans une dépression sévère.

Dans une conversation téléphonique avec l'expert je lui ai fait part de mon opinion et surtout de la sévérité de la dépression et j'estime qu'il a trop banalisé cette affection.

Il faut néanmoins noter que dans le rapport le Dr K. _____ page 13 en bas il émet de fortes réserves quant à l'évolution ultérieure de mon patient exactement à cause de sa structure de personnalité et du peu de ressources qu'il a.

Ceci est à mon avis en contradiction avec la conclusion que M. N. _____ est apte au travail à 100%.

De ma part je continue à affirmer que l'incapacité de travail de mon patient est totale et ceci probablement de façon irréversible."

Le recourant a également produit un courrier adressé le 24 juin 2009 à son conseil par le Dr D. _____, dont il ressort ce qui suit :

"De façon liminaire, j'ai actuellement environ 15 dossiers aussi litigieux que celui de Monsieur D. _____, sur mon bureau, correspondants à des patients dans un état proche de celui de Monsieur N. _____.

Je n'ai pu donc faire un examen détaillé du dossier : Par contre, je relève quelques éléments importants à partir de l'expertise psychiatrique. En ce qui concerne le diagnostic de trouble

somatoforme douloureux, il s'agit d'une entité que personnellement je conteste. En effet, c'est une construction médico-asséculo-logique, taillée sur mesure en faveur des assurances, dans des situations où ce n'est non pas la Médecine mais surtout certains médecins, qui traduisent leur ignorance du problème. L'argument évoqué la plupart du temps est l'absence de lésions organiques chez des patients présentant des souffrances non explicables et en l'absence de pathologie psychiatrique.

Or, pour quelqu'un qui sait examiner avec empathie et avec une compétence spécifique ces patients, tous, sans exception, présentent des lésions fonctionnelles, qui expliquent leur état. Au début, ces lésions sont relativement bien tolérées et correspondent encore à des douleurs. Avec l'absence de compréhension et d'empathie des différents intervenants ainsi que de la famille, ce qui est le cas chez Monsieur N._____, la douleur se transforme progressivement en une souffrance psychologique autoentretenu, conduisant ainsi à un cercle vicieux.

Chez Monsieur N._____, lorsque je reprends mon dossier, je constate des lésions structurelles radiologiques qui sont en rapport avec ses plaintes et en concordance totale : micro-instabilité segmentaire lombaire basse attestée par l'anamnèse de blocages posturaux et de gêne nocturne s'accompagnant également de limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne, l'usage d'un véhicule et encore, finalement, selon un mode postural dans l'activité sexuelle. Cette dernière est d'ailleurs telle qu'il en a, déjà lors de la discussion de mars 2008, conçu une perte complète de sa libido.

Les lésions radiologiques décrites sur l'IRM, correspondent à une absence d'activité adéquate de la musculature lombaire basse, qui traduit le conflit mécanique existant à ce niveau. Celui-ci se complique de lésions de type canal lombaire étroit, susceptibles d'expliquer la symptomatologie. Je réfute donc avec la dernière énergie l'éventuelle affirmation de l'absence de lésion organique chez ce patient. Cela étant, il est clair que l'incapacité de travail que j'atteste actuellement est clairement fondée aussi bien sur des données anamnestiques que cliniques et radiologiques, le tout se tient et se complique encore d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen, à même de conduire à une perte de récupération régulière (perte de la capacité de sommeil réparateur), conduisant à une aggravation du déconditionnement physique.

L'amélioration d'une telle situation passe par la rupture du cercle vicieux entre les composantes organiques, fonctionnelles et structurelles et leurs conséquences psychologiques. En l'absence de possibilité d'améliorer la perception de la douleur donc de diminuer la souffrance du patient par les traitements médicamenteux, il est pratiquement impossible d'imaginer que Monsieur N._____ puisse s'améliorer. Par ailleurs, une amélioration en se basant uniquement sur les composantes physiques peut demander de trois mois à trois ans, compte tenu des délais nécessaires sur le plan biologique pour récupérer, sur le plan structurel, les lésions existantes.

A ce titre, il est clair qu'il est impossible de demander à ce patient dans son état actuel de travailler dans une activité quelconque.

J'ajouterais en outre que l'argumentation habituelle de l'OAI, décidant d'une capacité résiduelle complète dans une activité permettant les postures assises debout et des charges maximales de 12 kg, non seulement n'est pas réaliste sur le plan d'un marché du travail dit équilibré et dans le cadre d'une économie de marché, mais d'autre part ne repose sur aucune base scientifique.

Je mets en annexe à la présente la liste des limitations fonctionnelles que présente Monsieur N. _____ en fonction de sa pathologie actuelle."

En définitive, selon le recourant, il ressortait clairement de la documentation médicale de cette affaire que sa capacité de travail était nulle, dans toute activité, depuis le mois de décembre 2007, de sorte qu'il avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} décembre 2008. Le recourant a dès lors conclu, avec dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il était mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} décembre 2008, et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Le 20 août 2009, le recourant a produit, en complément de son mémoire de recours du 13 juillet 2009, une copie d'une décision du Service de l'emploi du 14 août 2009 le déclarant inapte au placement à partir du 1^{er} juillet 2009.

c) Dans sa réponse du 26 avril 2010, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée, qu'il ne pouvait que confirmer, et a proposé le rejet du recours. En ce qui concernait les rapports des Drs D. _____ et H. _____, il a déclaré se rallier à l'avis médical SMR établi le 19 avril 2010 par la Dr [...], dont la teneur est la suivante :

"Assuré de 53 ans, portugais, titulaire d'un diplôme de carrossier dans son pays, qui travaille en qualité de magasinier depuis 1998 chez le même employeur. Il présente une IT [incapacité de travail]

depuis le 06.12.2007. Un examen rhumatologique au SMR le 27.08.2008 a retenu des lombocruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit, hernie discale L4-L5 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée, justifiant une IT totale dans l'activité de magasinier. Une pleine CT [capacité de travail] était toutefois exigible dans une activité adaptée à des mesures d'épargnes rachidiennes. Etant donné un degré d'invalidité de 13%, un projet de décision de refus de rente et de MOP [mesures d'ordre professionnel] a été adressé à l'assuré le 09.09.2008. Puis, dans le cadre de la procédure d'audition (voir avis médical SMR du 07.01.2009), une expertise psychiatrique a été réalisée en février 2009 par le Dr K. _____. Ce dernier a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, en voie de rémission. Cet épisode, s'il a été sévère auparavant, a entraîné une IT transitoire entre octobre 2008 et février 2009 (voir avis médical SMR du 27.05.2009). Une décision AI est rendue le 09.06.2009 confirmant le projet.

Le 13.07.2009, l'assuré dépose un recours au TCA [Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal]. Son avocat verse au dossier deux nouveaux rapports médicaux.

Le rapport du 24.06.2009 du Dr D. _____ n'apporte aucun élément nouveau dont nous n'avions pas déjà connaissance au dossier. Il relève que l'assuré présente des lésions structurelles du rachis, objectivées par une IRM, lésions dont il a été tenu compte dans l'appréciation de la CT de l'assuré par le SMR (voir examen clinique SMR du 27.08.2008). Quant au syndrome des apnées du sommeil, déjà évoqué préalablement par le Dr D. _____, celui-ci ne représente pas une pathologie incapacitante, puisqu'elle peut être correctement traitée par un appareillage adéquat. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles décrites par le Dr D. _____, elles recoupent en grande partie celle[s] retenues par le Dr [...] lors de l'examen clinique SMR de 2006, et même si elles sont nombreuses, elles n'excluent pas l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 100%.

Par conséquent, en l'absence d'élément nouveau sur le plan ostéo-articulaire depuis l'examen clinique d'août 2008 au SMR, il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation clinique. Dès lors, le rapport médical du 24.06.2009 du Dr D. _____ ne remet pas en question les conclusions de l'examen clinique SMR du 27.08.2008.

Un rapport médical manuscrit daté du 05.06.2009 du Dr H. _____, psychiatre FMH, n'apporte aucun élément nouveau, d'ordre psychiatrique, susceptible de modifier l'appréciation de la CT, faite dans l'avis médical SMR du 27.05.2009 et qui se fondait sur l'expertise psychiatrique du 01.05.2009 réalisée par le Dr K. _____. Même s'il relève une structure de personnalité associant des traits obsessionnels et narcissiques réduisant les capacités d'adaptation de l'assuré, le Dr K. _____ n'estime pas que cette structure de personnalité limite l'assuré dans l'exercice d'une activité professionnelle. Il apprécie cette limitation comme relative, pouvant amener à ce que l'assuré ne fasse pas de recherche de travail par lui-même et à chronifier la symptomatologie algique. Du reste, cette structure de personnalité n'a pas empêché l'assuré d'exercer une

activité professionnelle de manière régulière jusqu'alors. A noter aussi que l'échelle de dépression de Hamilton est un test de suivi clinique des états dépressifs sous traitement, non validé dans le cadre d'une expertise, et se basant sur une auto-évaluation. Cette auto-évaluation est donc susceptible d'être influencée par des facteurs extra-médicaux, tels que le vécu personnel du sujet, sa tendance à l'accentuation ou sa situation sociale. Un diagnostic d'épisode dépressif ne peut donc être posé uniquement sur les résultats de ce test.

En conclusion, ces deux nouveaux rapports médicaux n'apportent aucun élément médical nouveau, ni d'ordre somatique, ni d'ordre psychiatrique, susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen SMR du 04.09.2008, ainsi que celles de l'avis médical SMR du 27.05.2009."

d) Une expertise judiciaire bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été ordonnée et confiée au [...], à [...]. Le rapport d'expertise du 25 février 2011, établi par la Dresse M._____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, et par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, contient un résumé de l'histoire médico-asséculo-logique (p. 5-6), un résumé des documents médicaux au dossier (p. 7-16), un résumé des documents administratifs et juridiques (p. 16-23) , un résumé des renseignements et documents recueillis par les experts (p. 23-24), une anamnèse complète (p. 25-29), la description des plaintes et données subjectives du recourant (p. 30-31), les constatations objectives (p. 32-33), les résultats des examens de laboratoire et des examens radiologiques (p. 34-35) , les diagnostics (p. 35) et les réponses aux questions relatives notamment aux troubles présentés par le recourant, aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée (p. 36-47). Il en ressort en particulier ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- Episode dépressif sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F32.2) ;
- Spondylodiscarthrose sans myélopathie ni radiculopathie (M47.9) sur troubles statiques (M43.9) et maladie de Scheuermann modérés (M42.0), canal lombaire étroit relatif (M48.0), anomalie transitionnelle (Q76.4) ;
- Syndrome d'apnées du sommeil modéré (G47.3) ;

- Excès pondéral associé à une HTA, à une dyslipidémie, à une stéatose hépatique (E88.9) ;
- Hydrocèle bilatérale (N43.2) ;
- Reflux gastro-œsophagien, status après cure d'éradication de l'Helicobacter pylori (K21.9) ;
- Lésion de nature kystique du pôle inférieur du rein gauche (N28.1)
- Status après traumatisme cervico-dorsal de type contusion et possible TCC en 1979.

VOLET PHYSIQUE

4. QUELS SONT LES TROUBLES PRESENTES PAR LE REOURANT (DIAGNOSTICS) ?

Au plan rhumatologique

Il existe un trouble douloureux étendu, intense, irréductible. L'examen clinique ne montre pas de signe d'état général, ni de signe d'atteinte spécifique, symptomatique qui orienterait vers un rhumatisme inflammatoire, une maladie évolutive, une affection systémique. L'expertisé est crispé, tendu, adoptant un comportement algique.

En raison des discordances et de l'absence d'explication aux plaintes prioritaires en région lombaire, j'ai repris les investigations radiologiques rachidiennes qui ont mis en évidence de manière fortuite une lésion qui s'avérait suspecte au niveau du rein gauche. Il n'a pas été facile de joindre le patient et de le convaincre de poursuivre les investigations. J'ai contacté ses médecins pour que l'on adopte une approche globale, et qu'il soit bien entouré notamment des soins de son psychiatre. Les examens ultérieurs nous permettent de confirmer qu'il s'agit d'une lésion avec des caractéristiques kystiques, bénigne. Son médecin traitant la Dresse C. _____ en assurera la surveillance radio-clinique et renverra son patient auprès du Dr [...], urologue traitant pour envisager une cure chirurgicale de l'hydrocèle qui gêne M. N. _____.

Nous n'avons pas l'histologie de la lésion rénale, mais de toute évidence cela n'interfère pas avec la capacité de travail limitée par l'affection psychiatrique. Nous avons dès lors réalisé cette expertise en contact étroit avec les médecins traitants qui vont suivre le patient, notre mission au plan des investigations se terminant après le scanner réalisé le 08.02.2011.

Il persiste un déconditionnement massif défavorable à la pathologie rachidienne. Il s'agit de troubles dégénératifs communs pour l'âge, associés à une discrète anomalie congénitale, à des troubles de croissance. Les programmes de physiothérapie active, dirigés n'ont jamais été poursuivis durablement sans doute en raison de la comorbidité psychiatrique, qui prend le dessus.

Le syndrome d'apnée du sommeil en soi n'atteint pas le seuil incapacitant et ne justifie pour l'instant pas de traitement, mais une surveillance assurée par son médecin traitant.

L'excès pondéral s'associe à des éléments d'un syndrome métabolique que M. N. _____ contrôle par le traitement prescrit pas son médecin traitant. Une amélioration de l'indice du poids serait favorable à l'évolution, mais l'approche de la prise en charge nécessite un programme de mobilisation et de conditionnement actif qui devrait amener à la pratique d'une activité sportive régulière que l'état dépressif entrave.

L'expertisé s'est montré ambivalent face à l'indication à traiter chirurgicalement l'hydrocèle. A l'experte rhumatologue, il a évoqué que cela provoquait des difficultés de son image corporelle, et d'ordre sexuel, à ses médecins traitants et aux urologues, il n'en n'a pas parlé de cette manière. Il a été réadressé à son urologue traitant qui va suivre également l'évolution de la lésion rénale gauche, mise en évidence de manière fortuite lors de l'expertise pour rediscuter de l'indication à se faire opérer. Ceci ne constituerait pas de limitation durable supplémentaire.

Il est également en évaluation au plan asséurologique par son ancien assureur accident français concernant les séquelles du traumatisme survenu en 1979. Le bilan actuel ne montre pas de dommage permanent, ni de conséquence sur la capacité de travail qui n'a du reste pas été entravée jusqu'en décembre 2007. Nous n'avons pas pu obtenir de document médical détaillé concernant cet événement dont l'analyse dépasse le cadre de cette expertise.

L'hypovitaminose D relative suscite une substitution aux mois d'hiver. Le médecin traitant a reçu un double des examens de laboratoire. Elle se voit à ces taux chez des personnes s'exposant peu au soleil. Chez un patient présentant comme autre facteur de risque d'ostéoporose un tabagisme et une sédentarité ce paramètre mérite d'être suivi. Nous n'avons pas d'indice pour une malabsorption digestive.

Le hiatus entre l'importance des plaintes douloureuses, la difficulté à réduire ce rachis ont été prises en compte dans l'analyse de la situation au plan psychiatrique.

Au plan psychiatrique

Il existe actuellement un syndrome dépressif subjectif complet et important, avec la triade sensorielle exigée par la CIM-10 (baisse de l'humeur, de l'énergie et du plaisir) accompagnée des corrélats habituels en cas de dépression sévère : anhédonie (absence de tout plaisir), troubles du sommeil, de la libido, de l'appétit, de la mémoire, idées noires, idées d'inutilité et d'incapacité, triade cognitive de Beck (appréciation négative de soi, du futur et de l'environnement). Ces éléments subjectifs sont corroborés par les constatations objectives, avec une tristesse visible à peu près constante, des pleurs fréquents et un ralentissement important, aussi bien vocal que moteur et idéique (fixation sur la perception négative de soi). Le syndrome somatique de la dépression au sens de la CIM-10 est présent, avec le ralentissement, l'aggravation

matinale de la baisse de l'humeur et de la fatigue, l'anhédonie, la baisse de la libido, il n'y a pas de symptômes psychotiques.

Le diagnostic correspondant à ce tableau clinique est celui d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F32.2). Pour ce qui est de la partie du tableau douloureux dépourvu de substrat organique, comme il s'inscrit dans le contexte d'un trouble dépressif, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu, conformément aux critères d'exclusion de ce diagnostic selon la CIM-10.

Appréciation de la personnalité : la sévérité du trouble dépressif est trop au premier plan pour permettre d'évaluer de manière fiable le fonctionnement psychologique habituel, donc de dégager la présence d'éventuels traits pathologiques de la personnalité.

5. QUELLES SONT LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES PRESENTEES PAR LE RECORANT?

Au plan rhumatologique

Au plan rachidien, je retiens les limitations établies par le Dr D. _____ et retenues par le SMR : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10kg, pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc.

Au plan psychiatrique

Le trouble dépressif sévère détermine une baisse très importante de l'énergie disponible et de la motivation. Ces troubles liés à la dépression sont accompagnés de troubles cognitifs également d'origine dépressive (troubles de l'attention, subjectifs et objectifs).

6. CES LIMITATIONS SONT-ELLES DE NATURE A EMPECHER, TOTALEMENT _____ OU _____ PARTIELLEMENT, _____ L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE HABITUELLE DU RECORANT?

Au plan rhumatologique

Ces limitations ne permettent plus d'activité comme celle qu'il a exercée depuis 1998 chez H. _____ SA.

Au plan psychiatrique

Oui, les limitations sont relativement sévères, au point que l'état clinique actuel paraît incompatible avec toute activité, quelle qu'elle soit, même à temps partiel.

7. SI OUI, DEPUIS QUAND CET EMPECHEMENT EXISTE-T-IL ET A OUEL TAUX ? EN CAS D'EVOLUTION DU TAUX D'INCAPACITE DANS LE TEMPS, VEUILLEZ DETAILLER VOTRE REPONSE.

Au plan rhumatologique

Depuis 2007, Monsieur a présenté divers troubles. Cela nous paraît correspondre avec le moment où il a appris qu'il allait perdre son poste de travail. Au début de l'année 2008, la Dresse [...] ne retenait pas de limitation somatique à ce qu'il reprenne son travail. Depuis son suivi au CHUV, et notamment le rapport du Dr D. _____ en juin 2008, l'IT a été reconnue dans son ancien travail. Elle le reste. Pour les raisons évoquées au plan psychiatrique, Monsieur n'a pas pu se réorienter ni adhérer à un programme actif complet de reconditionnement, ni au plan musculaire global ni au plan d'une reprise thérapeutique de travail.

Au plan psychiatrique

L'état actuel est documenté depuis le 14.11.2008, si l'on se base sur les courriers du psychiatre traitant, le Dr H. _____ à Me Dupont du 08.12.2008 et du 05.06.2009, et sur l'avis que le Dr H. _____ nous a donné directement par téléphone. Les courriers précités évoquaient le même diagnostic que celui auquel nous aboutissons actuellement. Depuis lors, il y a eu des fluctuations dans la sévérité du trouble dépressif, avec notamment une amélioration significative constatée le 26.02.2009 par le Dr K. _____. Sur la base des constatations rapportées par ce dernier, on peut estimer, comme le faisait le Dr K. _____, que le trouble dépressif était alors en rémission partielle. Faute de documents décrivant avec précision l'état clinique de l'expertisé avant son propre examen, le Dr K. _____ affirmait ne pas être en mesure d'indiquer précisément la date de début du trouble dépressif. Pour ce qui est de l'amélioration, il estime pouvoir la faire remonter à 2 semaines avant son examen, soit le 12.02.2009, sans toutefois expliquer pourquoi, selon lui, la capacité de travail passait alors sans transition de 0 à 100%.

Au vu de l'ensemble des données disponibles, il semble bien qu'il n'y ait pas eu de rémission complète du trouble dépressif depuis novembre 2008, et que l'amélioration observée par le Dr K. _____ n'ait pas été durable. On peut d'ailleurs remarquer que même lors de l'examen du Dr K. _____, ce dernier relevait la présence d'un syndrome dépressif significatif, avec notamment « un état de tristesse très marqué (...), une diminution de la capacité à éprouver du plaisir, quelques idées noires ainsi que des troubles du sommeil (...) et une diminution de la libido ». Il est probable que ces éléments dépressifs persistants, incluant en outre un effet de renforcement réciproque entre la douleur morale et la douleur physique, aient contribué à empêcher l'expertisé à se remettre dans le circuit actif, en conjonction avec les éléments de personnalité mentionnés par le Dr K. _____.

8. QUELLES SONT CONCRETEMENT, LES ACTIVITES ADAPTEES A L'ETAT DE SANTE PHYSIQUE DU RECORANT, ET A QUEL TAUX PEUVENT-ELLES ETRE EXERCEES?

Au plan rhumatologique

Aux limitations fonctionnelles admises : la nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10kg, pas de travail en porte-à-faux

prolongé du tronc. Mais la co-morbidité d'ordre psychiatrique contre-indique toute activité depuis novembre 2008.

Au plan psychiatrique

En l'état actuel, aucune activité n'est exigible. Une démarche de réadaptation serait certainement vouée à l'échec en raison des limitations majeures de l'expertisé en matière de motivation et d'énergie.

(...)

19. DES MESURES MEDICALES SONT-ELLES DE NATURE A PERMETTRE AU RECORANT D'EXERCER UNE ACTIVITE LUCRATIVE?

Au plan rhumatologique

Il y a lieu d'encourager le maintien du conditionnement physique et cardio-vasculaire. Monsieur pratique un peu le vélo d'appartement. Il devrait suivre un programme annuel de reconditionnement au DAL du CHUV pour éviter de s'aggraver sur le plan des dysbalances musculaires. Il faut également encourager la marche régulière.

Au plan psychiatrique

Un traitement spécialisé est en place depuis novembre 2008. Ce traitement n'a pas permis d'améliorer la situation au point qu'une reprise d'activité puisse intervenir. Pourtant l'expertisé coopère bien au traitement selon le psychiatre traitant. Toutefois on peut noter que le taux plasmatique de l'antidépresseur n'est pas optimal, sans qu'on puisse savoir s'il s'agit d'un problème de compliance (l'amitriptyline est connue pour avoir des effets indésirables prononcés aux dosages prescrits à M. N. _____) ou d'une question métabolique. Certaines mesures peuvent être envisagées pour optimiser le traitement :

- changer l'antidépresseur avec mise en place d'un monitoring thérapeutique ;
- recours à une consultation psychopharmacologique ;
- intensification de la composante psychothérapeutique (avec notamment attention portée à la composante familiale des troubles psychiques de l'expertisé) en recourant à une structure intermédiaire voire hospitalière.

L'effet de ces mesures thérapeutiques devrait être évalué dans un délai de 12 mois après leur mise en place. Il est possible, mais non probable au sens de la vraisemblance prépondérante, qu'elles amènent une amélioration clinique permettant d'envisager une reprise au moins partielle d'une activité, et pour commencer des mesures de réadaptation professionnelle.

20. SI OUI, QUELLES SONT CES MESURES ET QUELLES SONT LEURS CHANCES DE SUCCES?

Au plan rhumatologique

L'échec des mesures est lié à la pathologie psychiatrique. En l'état, elles n'ont pas de chance d'améliorer significativement l'état douloureux, mais le maintien de ces mesures vise à lutter contre le déconditionnement actuellement important de l'expertisé.

Au plan psychiatrique

Cf. réponse précédente.

21. PEUT-ON, COMPTE TENU DE L'ENSEMBLE DES ATTEINTES PRESENTEES PAR LE RECORANT, RAISONNABLEMENT EXIGER DE LUI QU'IL SE SOUMETTE A DES MESURES D'ORDRE PROFESSIONNEL DE NATURE A AMELIORER SA CAPACITE DE TRAVAIL?

Au plan rhumatologique

Non, pour cause psychiatrique.

Au plan psychiatrique

Non, pas en l'état. Si l'état psychique s'améliore de manière significative, la question devra être reposée dans un délai de 12 mois après la mise en place des mesures médicales proposées."

e) Invité à se déterminer sur ce rapport d'expertise judiciaire, l'OAI a déclaré le 29 mars 2011 se rallier à l'avis médical SMR établi le 21 mars 2011 par la Dresse R. _____, dont il ressort ce qui suit :

"Selon le rapport d'expertise médical daté du 25.02.2011, l'expertise rhumatologique et psychiatrique a été réalisée le 16.08.2010, avec un second rendez-vous avec l'expert rhumatologue le 08.02.2011. Il ressort de cette expertise les conclusions suivantes :

Sur le plan rhumatologique, cette expertise confirme les atteintes ostéo-articulaires mises en évidence lors de l'examen clinique SMR du 27.08.2008 : présence de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec canal lombaire étroit, hernie discale L4-L5 et anomalie transitionnelle lombo-sacrée. Ces atteintes entraînent des limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner les positions assise/debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux prolongé du tronc) qui justifient une IT totale dans l'activité antérieure de l'assuré. Toutefois, dans une activité adaptée à ces limitations, les experts estiment que la CT médico-théorique exigible sur le plan somatique est entière. A noter que l'examen clinique relève un certain nombre de discordances entre les plaintes et les constatations objectives (voir p. 36).

Sur le plan psychiatrique, l'expert-psychiatre retient un épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F32.2). Selon lui, cette atteinte entraîne des limitations fonctionnelles (baisse importante de l'énergie disponible et de la motivation, anhédonie, troubles de l'attention,

ralentissement idéique et moteur) et justifie une IT actuellement totale dans toute activité, et ceci depuis novembre 2008, date à partir de laquelle ce trouble a été documenté. En effet, le Dr L. _____ estime que, s'il y a eu des fluctuations de l'état psychique de l'assuré depuis lors, il n'y a jamais eu d'amélioration suffisamment importante et durable pour permettre une reprise d'activité (voir p. 41 de l'expertise).

Néanmoins, relevons que sur le plan psychiatrique, le traitement actuel n'est pas optimal, comme le relève l'expertise en page 43. En particulier, le taux plasmatique de l'antidépresseur montre des valeurs inférieures aux normes recommandées, constatations déjà faites par le Dr K. _____ lors de son expertise psychiatrique du 26.02.2009 et qui peuvent faire suspecter un problème de compliance. Par conséquent, le Dr L. _____ émet un certain nombre de recommandations thérapeutiques pour optimiser le traitement de l'assuré : changer l'anti-dépresseur avec mise en place d'un monitoring thérapeutique, recourir à une consultation psychopharmacologique et intensifier la composante psychothérapeutique en recourant à une structure intermédiaire, voire hospitalière (voir p. 43 de l'expertise médicale du 25.02.2011). Ces mesures pouvant amener une amélioration clinique permettant d'envisager une reprise d'activité au moins partielle, l'expert propose une réévaluation dans un délai de 12 mois.

En résumé, cette expertise est partiellement convaincante : elle met tout de même en évidence un assuré au comportement aléatoire et démonstratif, un certain nombre de discordances entre plaintes et constatations ainsi qu'une prise en charge psychiatrique depuis 2008 qui n'est pas optimale. Dès lors, en cas d'octroi de prestations financières, la question de l'exigibilité de traitement doit être évoquée, sachant qu'un traitement bien conduit pourrait amener une amélioration de la CT de l'assuré. Au cas où ce traitement est exigé avec des contrôles plasmatiques réguliers, une révision doit être prévue à 1 an.

Relevons finalement que, bien que le rapport d'expertise soit daté du 25.02.2011, l'expertise psychiatrique a été réalisée le 16.08.2010, c'est-à-dire il y a plus de 6 mois. Dès lors, il se peut que l'état de santé psychique de l'assuré ait évolué depuis lors."

L'OAI a relevé que même si par hypothèse une incapacité de travail totale dans toute activité devait être retenue depuis novembre 2008, l'éventuel droit à une rente d'invalidité ne pourrait intervenir au plus tôt qu'à partir du mois de novembre 2009 (délai d'attente d'un an), soit postérieurement à la décision litigieuse du 9 juin 2009. Rappelant que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation devant

normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, l'OAI a dès lors proposé le rejet du recours.

f) Egaleme nt invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du 25 février 2011, le recourant a exposé, en date du 5 avril 2011, que ce rapport très complet, reposant sur une anamnèse détaillée, une étude complète du dossier médical et même sur des examens complémentaires, remplissait toutes les conditions nécessaires pour que lui soit conférée une pleine valeur probante. La situation médicale décrite par les experts était on ne peut plus claire et scellait manifestement le sort du recours dans la mesure où l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale, d'un point de vue strictement rhumatologique déjà (p. 38 notamment), où des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, l'état clinique étant trop grave pour l'instant (p. 46), où il n'était que possible, mais non probable au sens de la vraisemblance prépondérante, que les mesures médicales préconisées amènent une amélioration clinique suffisante pour commencer des mesures de réadaptation (p. 43) et où une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique n'était que théorique (p. 42), cette activité n'étant de toute manière pas exigible au plan psychiatrique (p. 42).

Quant à savoir depuis quand l'invalidité pouvait être retenue, le recourant a relevé qu'il avait exposé avoir été en incapacité de travail totale depuis le mois de décembre 2007, pour raisons somatiques. Sur avis médical, une reprise à mi-temps avait été tentée au printemps 2008, sans succès (p. 5-6). A la même époque, soit mai 2008, le médecin traitant signalait l'apparition d'un trouble de l'humeur (p. 6). Le trouble dépressif sévère était attesté depuis novembre 2008 (p. 6). En janvier 2008, la physiothérapeute [...] décrivait déjà un homme fragilisé puisque l'assuré s'était « effondré en larmes » lorsqu'elle lui avait expliqué que le médecin suggérait l'arrêt de la physiothérapie (p. 7-8). Le 6 février 2008, la Dresse [...] évoquait déjà un problème psychologique sous-jacent (p. 8). En mai 2008, un état anxio-dépressif était signalé par la Dresse C. _____ (p. 9). Depuis novembre 2008, la présence du trouble dépressif était documentée avec la sévérité actuelle (p. 39), l'ensemble des données disponibles ne

permettant pas d'admettre une rémission durable depuis lors (p. 39). Selon le recourant, la conclusion la plus vraisemblable qu'il fallait tirer de la conjonction de ces éléments était la décompensation, au moment de l'arrêt de travail initial, d'un problème psychique sous-jacent, cette pathologie prenant rapidement le pas sur la problématique rhumatologique. Il était ainsi probable qu'en décembre 2007 déjà, ou au plus tard en juin 2008, au moment de l'échec de la reprise d'emploi, le recourant n'avait pas ou plus les ressources nécessaires pour absorber, psychologiquement, les troubles rhumatologiques qui l'avaient affecté et qui l'avaient coupé de son environnement professionnel. Estimant ainsi que le début de l'invalidité devait être fixé au mois de décembre 2007, ou au plus tard au mois de juin 2008, le recourant a déclaré maintenir l'intégralité des conclusions prises au pied de son recours du 13 juillet 2009.

g) Le 8 avril 2011, les parties ont été informées que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par N._____ contre la décision rendue le 9 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

d) Selon une jurisprudence constante, 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 ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; 116 V 246 consid. 1a et les références ; cf. encore TF 9C_216/2010 du 31 mars 2010 consid. 1, et 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417 ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI (cf. auparavant l'art. 29 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente à condition que (a) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, (b) qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c) qu'au terme de cette année, il soit invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art.

28 al. 2 LAI (cf. auparavant l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, la Cour des assurances sociales, confrontée à des avis médicaux divergents en ce qui concerne la capacité de travail du recourante tant sur le plan rhumatologique - le Dr D.____ et la Dresse C.____, médecins traitants, retenant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de magasinier (cf. lettres A.a et A.b supra) et vraisemblablement aussi dans une activité adaptée (cf. lettre C.a supra), tandis que le Dr B.W.____ du SMR, s'il retenait également une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de magasinier, retenait une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire (cf. lettre A.d supra) - que sur le plan psychiatrique - le Dr H.____, psychiatre traitant, retenant une incapacité de travail totale

dans toute activité (cf. lettres B.b et C.a supra), tandis que le Dr K. _____ ne retenait une telle incapacité de travail que pour une courte durée (d'octobre 2008 à février 2009), l'assuré ne présentant plus d'incapacité de travail au moment de l'examen effectué le 26 février 2009 (cf. lettre B.c supra) -, a ordonné une expertise judiciaire pluridisciplinaire, qui a été confiée au [...] et effectuée par la Dresse M. _____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, et par le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.d supra).

b) Le rapport d'expertise judiciaire du 25 février 2011 (cf. lettre C.d supra) contient une analyse circonstanciée de tous les points litigieux importants, se fonde sur une anamnèse détaillée ainsi que sur des examens complets, et prend dûment en considération les plaintes et indications subjectives de l'assuré. L'appréciation de la situation médicale du recourant, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique, est parfaitement claire et les conclusions des experts judiciaires sont bien motivées et pleinement convaincantes. Il n'existe ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, qui prennent en compte tous les éléments révélés par le dossier et expliquent de manière convaincante les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir que le recourant, s'il conserve sur le plan rhumatologique une capacité de travail médico-théorique entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà admises par le Dr D. _____ et par le Dr B.W. _____, présente depuis novembre 2008 une incapacité de travail totale dans toute activité pour des motifs psychiatriques, qui empêchent actuellement d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle.

c) Contrairement à l'avis de la Dresse R. _____ du SMR (cf. lettre C.e supra), on ne voit pas en quoi les conclusions des experts judiciaires ne seraient que partiellement convaincantes, s'agissant en particulier de l'incapacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. En effet, l'expert psychiatre explique de manière circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquels il retient - corroborant ainsi entièrement les conclusions du Dr H. _____ (cf. lettres B.b et C.a supra) - un diagnostic d'épisode dépressif sévère avec syndrome somatique, sans

symptômes psychotiques (F32.2), documenté depuis le 14 novembre 2008, sans qu'il y eu de rémission complète du trouble dépressif depuis lors, l'amélioration observée par le Dr K. _____ n'ayant pas été durable. Il explique également que ce trouble dépressif sévère détermine une baisse très importante de l'énergie disponible et de la motivation, ces troubles liés à la dépression étant accompagnés de troubles cognitifs également d'origine dépressive, de sorte que l'état clinique actuel du recourant est incompatible avec toute activité, quelle qu'elle soit, même à temps partiel.

Certes, l'expert L. _____ a relevé que si le recourant coopérait bien au traitement mis en place depuis novembre 2008 auprès du Dr H. _____, psychiatre traitant, le taux plasmatique de l'antidépresseur n'était pas optimal, sans qu'il fût possible de savoir s'il s'agissait d'un problème de compliance - l'amitriptyline étant connue pour avoir des effets indésirables prononcés aux dosages prescrits au recourant - ou d'une question métabolique. L'expert a exposé à cet égard que certaines mesures pouvaient être envisagées pour optimiser le traitement (à savoir : changement d'antidépresseur avec mise en place d'un monitoring thérapeutique ; recours à une consultation psychopharmacologique ; intensification de la composante psychothérapeutique en recourant à une structure intermédiaire voire hospitalière) et que l'effet de ces mesures thérapeutiques devrait être évalué dans un délai de 12 mois après leur mise en place. L'expert a souligné qu'il était possible, mais non probable au sens de la vraisemblance prépondérante, que ces mesures amènent une amélioration clinique permettant d'envisager une reprise au moins partielle d'une activité, et pour commencer des mesures de réadaptation professionnelle. Ces considérations n'ôtent rien au constat que le recourant présente actuellement une incapacité de travail totale en raison d'un épisode dépressif sévère, mais pourront le cas échéant conduire, à l'échéance du délai d'évaluation de 12 mois fixé par l'expert, à une nouvelle appréciation de la capacité de travail et de gain exigible du recourant s'il se soumet aux traitements qui peuvent raisonnablement être exigés de lui (cf. art. 7 et 21 al. 4 LPGA).

d) Contrairement à l'avis du recourant (cf. lettre C.f supra), l'expertise judiciaire est également pleinement convaincante et doit être suivie en tant qu'elle fixe au mois de novembre 2008 le début de l'incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique. En effet, les experts judiciaires ont constaté, sur la base des rapports du Dr H. _____ des 8 décembre 2008 (cf. lettre B.b supra) et 5 juin 2009 (cf. lettre C.a supra), ainsi que sur la base des informations qu'ils ont recueillies par téléphone directement auprès du Dr [...] (cf. rapport d'expertise, p. 23), que l'état actuel était documenté seulement depuis le 14 novembre 2008, date à laquelle le recourant avait consulté le Dr H. _____ pour la première fois. Les experts judiciaires ont ainsi clairement conclu, sur la base de l'ensemble des éléments du dossier, que l'incapacité de travail totale constatée actuellement ne pouvait être retenue que depuis le mois de novembre 2008. Il n'existe aucun motif de s'écarter de ces conclusions et de considérer – comme voudrait le faire le recourant en se référant à divers éléments cités dans le rapport d'expertise pour échafauder des hypothèses dénuées de toute assise scientifique – que le début de l'incapacité totale de travail pour des motifs psychiatriques devrait être fixé au plus tard au mois de juin 2008 (cf. lettre C.f supra).

e) Se ralliant aux conclusions dûment motivées et convaincantes du rapport d'expertise judiciaire du 25 février 2011, la Cour de céans retient ainsi que le recourant présente sur le plan strictement somatique une capacité de travail médico-théorique entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais qu'il présente depuis le mois de novembre 2008 une incapacité de travail totale dans toute activité pour des motifs psychiatriques, qui empêchent actuellement d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle.

Il s'ensuit qu'au moment où la décision attaquée du 9 juin 2009 a été rendue, le droit du recourant à une rente d'invalidité n'était pas ouvert, la naissance du droit à la rente ne pouvant être antérieure au mois de novembre 2009, terme du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI et auparavant par l'art. 29 al. 1 aLAI (cf. consid. 3a supra). Dans la mesure où la Cour de céans doit apprécier la légalité de la

décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue (cf. consid. 1d supra), les faits survenus postérieurement ne peuvent conduire à l'admission du recours, comme l'intimé le relève à raison (cf. lettre C.f supra), mais devront faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, 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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 9 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. est mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :