

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mai 2011

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

G. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 LAI; art. 88a al. 2 RAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1969, de nationalité portugaise et au bénéfice d'un permis d'établissement, travaillait depuis juillet 1998 en qualité de machiniste auprès de l'entreprise D. _____ SA à Grandson, et également comme concierge pour le compte de V. _____ SA. Le 22 mai 2002, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

S'agissant de l'instruction de cette demande sur le plan économique, l'OAI s'est adressé à D. _____ SA qui, dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 5 juin 2002, a indiqué que l'assuré recevait un salaire de 27 fr. 45 de l'heure depuis le 1^{er} janvier 2002. Un extrait du compte individuel de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation a été joint au dossier; il en ressort que l'intéressé avait reçu un salaire de 31'710 fr. en 2001. Ultérieurement, V. _____ SA a attesté que l'assuré avait travaillé comme concierge pour un revenu de 580 fr. 80 en 2003 (questionnaire pour l'employeur du 22 février 2006) et a indiqué un revenu brut mensuel de 460 fr. en 2002 et de 460 fr. en 2003, à raison de 18 heures par mois environ (courrier du 13 janvier 2004).

Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr W. _____, spécialiste FMH en orthopédie à Lausanne. Le 30 mai 2002, ce médecin a signalé un accident le 22 juin 2001 avec traumatisme en valgus du coude droit, suivi d'une fracture comminutive type Mason III de la tête radiale et rupture de l'appareil capsulo-ligamentaire cubital, entraînant une incapacité de travail de 100%. Il a retenu qu'on pouvait exiger de l'assuré une activité peu contraignante pour le coude droit, sans charge et sans mouvements répétitifs trop fréquents, durant toute la journée.

Le dossier de l'assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) a été produit. Il en ressort notamment que l'assuré a été victime d'une chute sur le coude

droit le 22 juin 2001, se soldant par une fracture comminutive passablement disloquée de la tête radiale et ayant fait l'objet d'une résection de la tête radiale, puis du port d'une prothèse. Y figurent par ailleurs, notamment, les pièces médicales suivantes:

- Un rapport du 26 octobre 2001 du Dr K._____, médecin d'arrondissement de la CNA, faisant état d'un examen clinique et signalant des difficultés liées à l'usage de la main droite (notamment une forte réduction de la force de préhension), ainsi que des douleurs résiduelles au coude droit.

- Un consilium psychiatrique effectué le 20 août 2002 par le Dr M._____, médecin chef du service de psychosomatique de la clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), écartant la présence d'une pathologie psychiatrique franche et d'un contexte psychologique et/ou psychosocial dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux.

- Un rapport du 25 octobre 2002 de la CRR, se référant à un séjour de l'assuré du 14 août au 2 octobre 2002, posant les diagnostics de possible épitrochléite du coude droit, de résection de la tête radiale droite par une fracture comminutive disloquée le 23 juin 2001 et de prothèse type Judet au coude droit le 4 février 2002, puis attestant de l'absence d'amélioration concernant les douleurs et d'une possible indication chirurgicale.

- Un rapport du 2 décembre 2002 du Dr K._____, signalant la persistance des douleurs, attestant d'un traitement médicamenteux et retenant la présence d'incohérences et d'une certaine discordance entre les plaintes avancées par le patient et les constatations objectives de l'examen clinique. Ce médecin a retenu qu'une cure chirurgicale d'épitrochléite et des mesures de réadaptation avaient peu de chances de succès. Du point de vue médico-théorique, il a indiqué qu'une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité légère, ne sollicitant pas trop l'avant-bras droit, du moins pour les suites orthopédiques de l'accident.

L'OAI s'est adressé au Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale à Grandson et médecin traitant de l'assuré. Le 25 juin 2002, ce praticien a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après fracture comminutive de la tête radiale du coude droit (juin 2001), de status après résection de la tête radiale droite (juin 2001), de status après remplacement de la tête radiale droite par une prothèse (février 2002) et de douleurs séquellaires du coude droit. Il a également signalé, sans incidence sur la capacité de travail, la présence d'un probable état dépressif chronique préexistant à l'accident de juin 2001. Il a ensuite retenu que l'assuré pouvait exercer toute activité n'exigeant pas d'effort lourd avec le coude droit, et a suggéré un avis psychiatrique.

Le 4 février 2003, le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Lausanne, a effectué un examen de l'assuré et a posé les diagnostics de contracture-myalgie de l'épaule droite, de raideur partielle du coude droit, d'état après résection de la tête radiale droite suite à une fracture et d'état après implantation d'une prothèse de la tête radiale droite. Il a notamment relevé que l'état des parties molles (cicatrices péri-articulaires) ne pouvait être évalué que difficilement, n'a pas requis d'examens complémentaire (IRM et CT-scan) et a proposé un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, le pronostic étant réservé.

Suite à une consultation le 21 mars 2003, dans un rapport du 24 mars 2003, le Dr W._____ a posé le diagnostic d'arthropathie cicatricielle cubitale post-traumatisme en valgus, fracture de la tête radiale, résection et mise en place secondaire d'une prothèse de Judet, le 4 février 2002. Il a proposé un traitement conservateur ou une révision chirurgicale cubitale, opération dont le pronostic était toutefois réservé. Dans un rapport du même jour, le Dr R._____ a retenu une évolution défavorable au plan clinique avec une persistance de l'impotence et des douleurs, écarté l'indication de mesures de physiothérapie et d'ergothérapie, suggéré une consultation spécifique en raison de la douleur et évoqué l'humeur plutôt sombre et anxieuse de l'assuré.

Des mesures professionnelles ont été mises en place par l'OAI, par le biais d'un stage de trois mois au centre Oriph de Morges depuis le 12 mai 2003. L'activité de l'assuré s'est limitée au module informatique, lors duquel il n'utilisait pratiquement pas son bras droit; il n'a pas été possible de l'évaluer dans d'autres activités. En raison d'une incapacité de travail certifiée par son médecin traitant, l'assuré a interrompu ce stage le 21 mai 2003.

Dans un rapport du 30 juillet 2003, le Dr R. _____ a retenu que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, en évoquant l'évolution vers un syndrome somatoforme. Des douleurs permanentes du membre supérieur droit ont été signalées, le pronostic fonctionnel a été décrit comme mauvais et une évaluation psychiatrique a été suggérée, l'assuré se sentant déprimé.

Dans un rapport du 8 juin 2004 adressé à la CNA, le Dr H. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Yverdon et psychiatre traitant de l'assuré, a attesté de trois consultations depuis le 19 mai 2004 et d'un traitement médicamenteux. Il a signalé des symptômes dépressifs, un état d'angoisse, des troubles du sommeil sévères et un retrait social, notamment.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique, effectuée le 20 août 2004 par U. _____, spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport du 6 septembre 2004, celle-ci n'a posé aucun diagnostic psychiatrique et a retenu une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 14 septembre 2004, la Dresse J. _____, du SMR, a retenu l'atteinte principale à la santé de status après fracture comminutive type Masson III de la tête radiale du coude droit avec mise en place secondaire d'une prothèse, une incapacité de travail durable depuis le 22 juin 2001 et une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et

de 100% dans une activité adaptée; le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé à janvier 2003. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: pas de port de charges, pas de travail sollicitant le MSD, pas de mouvement répétitif du MSD.

L'assuré a ensuite bénéficié, sous l'égide de l'OAI, d'une observation professionnelle au centre d'intégration professionnelle de Genève, dès le 24 octobre 2005. Dans un rapport du 22 décembre 2005, les responsables de ce centre ont indiqué que cette mesure, qui a été interrompue le 11 décembre 2005, n'avait pas permis de se prononcer sur la capacité professionnelle de l'assuré ni sur les orientations possibles, en raison d'un comportement qualifié de démonstratif et, en substance, d'un manque de motivation de la part de l'intéressé.

Dans un rapport du 1^{er} avril 2006 adressé à la CNA, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de status 5 ans après fracture compliquée de la tête radiale du coude droit, de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec traits hypocondriaques, et de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Il a indiqué une évolution défavorable et la persistance des symptômes tels que plaintes douloureuses, angoisses et troubles du sommeil, relevant que les angoisses avaient souvent des accents hypocondriaques. Il a retenu l'existence d'une intense souffrance s'exprimant de façon prépondérante par le corps et ayant des répercussions générales sévères, relevant qu'une psychothérapie n'était pas indiquée, qu'une médication antidépressive avait apporté un léger soulagement, le pronostic étant sombre. Le 28 juin 2006, ce médecin a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 19 mai 2004 et pour une durée indéterminée.

Par décision du 20 juin 2006, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Au vu des différents rapports au dossier, il a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, telles des activités industrielles légères. Sur la base d'un revenu d'invalidité de 49'135 fr. 26 – selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2003 dans

des activités simples et répétitives et en tenant compte d'un abattement de 15% - ainsi que d'un revenu sans invalidité de 61'284 fr. 64 dans l'activité de machiniste, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 19.82%.

De son côté, par décision du 26 juin 2006, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 1'515 fr. par mois - compte tenu d'une incapacité de gain de 30% et d'un gain annuel assuré de 75'746 fr. - et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, compte tenu d'un gain annuel de 106'800 fr. Ce prononcé a été confirmé par décision sur opposition du 25 octobre 2006.

B. Le 21 août 2006, l'assuré a formé opposition contre la décision de l'OAI, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 26 juin 2001 et requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 9 décembre 2006, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de status 5 ans après fracture compliquée de la tête radiale du coude droit, de trouble somatoforme douloureux persistant, avec traits hypocondriaques, et de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Il a par ailleurs retenu ce qui suit:

"M. G. _____ souffre d'une pathologie psychique sévère comportant des troubles anxieux, dépressifs et somatoformes. En période de stress, l'anxiété est aiguë et l'atteinte de l'humeur correspond à un trouble dépressif de degré moyen. De plus, M. G. _____ a tendance à s'isoler et à régresser. Les habiletés sociales sont maintenant restreintes et il n'assume plus que partiellement ses rôles de mari et père. L'accessibilité au traitement psychothérapeutique est limitée, parce que la souffrance s'exprime en 1^{er} lieu au travers du corps.

Ces constatations, faites sur un temps d'observation de 2 ½ ans, me permettent de conclure à l'existence d'une incapacité de travail de 100% pour des motifs psychiatriques.

On constate aussi que M. G. _____ n'a pas eu les ressources nécessaires pour se réinsérer. J'y vois deux raisons majeures: d'abord l'interférence négative de la symptomatologie psychiatrique sur les capacités de cognition, d'apprentissage et d'adaptation de l'assuré; ensuite, un contexte socio-culturel défavorable, à savoir un problème de migration et linguistique, une formation élémentaire.

M. G. _____ était un homme dont l'investissement était avant tout le travail physique et qui en recevait en retour une valorisation narcissique.

Il m'est difficile de me prononcer sur le lien de causalité entre les troubles et l'accident. En effet je n'ai rencontré M. G. _____ pour la 1^{ère} fois que 3 ans après la survenue de l'accident, alors que les troubles psychiques étaient déjà bien installés. D'après l'anamnèse fournie par l'assuré, il y a à l'évidence une cassure dans sa vie, qui correspond à l'événement traumatique. Le fonctionnement antérieur est décrit comme harmonieux et il n'est fait mention d'aucun antécédent psychiatrique. Vers 1998, M. G. _____ avait souffert d'une fracture de la cheville, traitée chirurgicalement, avec évolution favorable et reprise du travail dans des temps adéquats. Cet événement antérieur donne à penser que ce sont les conditions particulières du traumatisme du coude (fracture complexe, atteinte prolongée de l'intégrité corporelle) qui ont pu favoriser l'issue négative actuelle".

Dans un avis médical du 25 juillet 2008, le Dr Q. _____, du SMR, a indiqué qu'une expertise psychiatrique était nécessaire et, sur le plan somatique, qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'instruction.

Du 3 au 16 janvier 2009, à la suite d'une tentative de suicide par prise de médicaments, l'assuré a effectué un séjour au centre de psychiatrie du Nord vaudois à Yverdon-les-Bains (ci-après: le CPNVD). Dans un rapport du 20 février 2009, les Drs L. _____ et B. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant du CPNVD, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Un traitement médicamenteux a été prescrit et une bonne évolution a été relevée.

Une expertise psychiatrique a été effectuée par le Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Yverdon-les-Bains. Dans son rapport du 2 mars 2009, ce spécialiste a posé le diagnostic de dysthymie; s'agissant de l'influence sur la capacité de travail, en dehors des autolimitations et facteurs extra-médicaux, il a constaté une légère anxiété, surtout initiale et par rapport aux nouveautés, une irritabilité et une dévalorisation; d'un point de vue psychiatrique, l'assuré pouvait exercer toutes les activités adaptées à son

état de santé sur le plan somatique. Le Dr C. _____ a relevé ce qui suit dans la partie "discussion":

"La situation qu'il s'agit d'analyser concerne un relativement jeune homme de maintenant 39 ans, qui a subi un accident de travail il y a 7 ans. Il n'existe pour lui aucun antécédent médical ni psychiatrique.

Monsieur G. _____ est issu d'une famille portugaise, d'un milieu modeste et sans particularité majeure. Il a perdu sa mère dans un accident de circulation lorsqu'il avait 12 ans mais il est resté entouré par sa fratrie, son père et [...] la nouvelle épouse de ce dernier. Il n'existe pas de notion de traumatisme, de carence majeure pour son enfance.

Après une scolarité basique, il a travaillé à la campagne, a rajouté deux années de scolarité et a travaillé dans une entreprise au Portugal. Il est venu en Suisse en 1990, alors âgé de 21 ans et a fait un chemin d'adaptation assez rapide et positif, ayant progressé de l'agriculture vers la construction puis finalement machiniste et chef de chantier.

Du côté familial, il crée une famille avec une femme compatriote, active jusqu'à ce jour, active aussi avec lui dans une conciergerie commune et devient père de deux enfants. Notons ici que, pour exercer cette activité, les deux bras sont nécessaires.

Jusqu'au moment de l'accident [de] 2001, il n'existe aucune notion majeure en faveur de l'idée d'une perturbation précoce, difficultés ou autres. L'accident même arrive avec sa propre participation ; il admet qu'il a mal calculé la mouvance du terrain et il se sauve par un saut au moment où sa mini pelle est en train de tomber. Selon des informations à disposition, il dramatise la situation puisqu'il parle d'une chute de 5 à 6 mètres de hauteur, notion qui ne se trouve pas ailleurs.

Les suites somatiques sont longues et compliquées et ont été discutées dans des nombreux rapports, observations, expertises, consilium, etc. Après implantation d'une prothèse du coude droit, la situation aurait pu s'améliorer théoriquement, mais dans la réalité une problématique de douleurs empêche toute avance, tentative d'insertion, de réutilisation du bras voire même idée de reclassement. On trouve à ce sujet de nombreux rapports, même très détaillés puisque nous trouvons presque jour après jour les observations, tous quasi avec la même résonance: l'assuré n'ayant aucune idée précise ni motivation de retrouver une activité.

Il se trouve aussi à travers la documentation médicale le constat de décalage entre l'inutilisation du bras droit dans tous les examens médicaux ainsi dans les activités professionnelles, mais l'utilisation spontanée dans d'autres (cf aussi notre remarque sur la conciergerie). Lors de notre examen nous avons confirmé aussi ces éléments et nous ne pouvions pas nous défaire de la forte impression que la situation physique est très largement conditionnée par des éléments comportementaux, voire désir de protection.

Si l'on reprend les notions qui concernent le psychisme de l'assuré, il y a tout d'abord le médecin traitant qui signale une forme de morosité, voire tendance dépressive déjà avant l'accident, mais sans que ceci ait conduit à des traitements spécifiques. Avec l'accident et l'apparente mauvaise assimilation de ce dernier, cette notion s'accroît et le médecin traitant écrit très ouvertement qu'il n'est pas étonné de l'évolution et qu'il suspecte même une névrose d'assurance (notion d'ailleurs assez rare pour un médecin traitant).

Les différents rapports de stage d'observation (comme mentionné très détaillé) n'évoquent à aucun endroit la description d'un homme cliniquement dépressif. Tout au plus, on perçoit derrière les observations, des éléments dysphoriques, de morosité, de manque de motivation, de détachement, d'insatisfaction, de mal-être, etc.

Depuis 2004, l'assuré est suivi par un psychiatre traitant qui, dans son unique rapport de 2006, évoque le double diagnostic anxio-dépressif mixte et syndrome douloureux. En tant que médecin traitant on perçoit ici un fort engagement, voire empathie pour cet homme qui peut visiblement mettre sa souffrance personnelle en avant. Après notre vérification, ce psychiatre n'avait pas l'ensemble des informations à disposition, par exemple celles du médecin généraliste, celles de la clinique de réhabilitation, de la SUVA Assurance, des stages de réinsertion, etc. Pour cette raison, nous pensons que ses notions restent d'une valeur relative.

Nous avons effectué l'examen actuel avec l'aide d'un interprète professionnel. Il s'est avéré que l'assuré, après une première phase de crispation, de défense et d'attentisme, s'est montré plus ouvert, fluide, laissant clairement tomber une sorte d'auto-conditionnement. Nous avons décrit un homme sans aucune difficulté cognitive, ni fatigué, ni particulièrement fatigable, affectivement neutre, euthymique, sans aucun signe de tristesse, ni particulièrement anxieux. Au moment de quelques quiproquos, nous l'avons même vu dans des sourires assez désarmants et la situation s'est passablement détendue. La situation nous paraît ainsi sur le plan thymique à un tel point claire que nous renonçons de faire passer en revue les différents critères en état dépressif clinique. On pourrait théoriquement formuler aussi l'hypothèse que, si un état dépressif avait existé auparavant, il est, avec la médication actuelle (bien suivi voire «sursuivi»), suffisamment compensé.

Après notre premier examen, début janvier 2009, une hospitalisation en milieu psychiatrique est intervenue suite à un tentamen médicamenteux et à l'alcool. Les informations supplémentaires obtenues de la part de l'hôpital et lors de notre deuxième entretien nous évoquent les facteurs psychodynamiques suivants:

- refus de demande d'augmentation rente SUVA,
- accentuation conflit de couple,
- épuisement général avec sa situation sociale et d'assurance,
- entretien d'examen chez nous (bien que l'assuré n'avait strictement aucun retour ou commentaire à ce stade là et l'entretien s'est passé d'une manière neutre, voir positif),
- convocation au tribunal en tant que prévenu dans le contexte d'une bagarre.

Les médecins de l'hôpital psychiatrique décrivent objectivement (status) un homme moyennement perturbé (au maximum), mais diagnostiquent un trouble «récurrent» dépressif sévère. Il manque à l'appréciation un ajustement de diagnostic à la fin d'observation.

Heureusement la situation s'améliore assez rapidement, entre autres avec entretiens de couple et introduction d'un calmant. L'assuré déclare vouloir maintenant participer à des activités extérieures et familiales.

En dehors de ces contradictions, il nous semble surtout important de souligner le caractère réactionnel de l'acte et de l'hospitalisation. Tout au plus on peut admettre un trouble d'adaptation avec perturbations des émotions et des conduites (F43). Nous avons vu et décrit l'assuré aussi après l'hospitalisation et, pour des raisons mentionnées, nous ne pouvons pas nous aligner au diagnostic d'un état dépressif (persistant).

En ce qui concerne la notion d'un trouble somatoforme, nous avons aussi une hésitation car la plainte principale est certes douloureuse mais concerne surtout le bras droit. Il y a associées des notions de maux de tête et d'autres symptômes neurovégétatifs, il n'y a pas de généralisation de douleurs. Même si l'on admettait ce diagnostic pour la forme, il est déjà évident qu'il n'y a pas de co-morbidité psychiatrique sévère ni d'autres critères habituellement exigés pour retenir un impact invalidant dans la situation.

A travers l'anamnèse dirigée, nous avons appris que l'assuré n'est pas totalement inactif et enfermé comme cela avait l'air; il maintient un certain nombre de contacts, se promène (nous avons d'ailleurs dû prendre note qu'on ne pouvait pas l'atteindre à plusieurs reprises pendant les matinées car il était «de sortie»). Il existe une certaine conflictualité de couple dans le sens que son épouse lui reproche un manque de participation et d'intérêts à la famille, ce que l'assuré admet volontiers. Il accuse le bruit et l'énerverment, mais nous avons eu plutôt l'impression qu'il s'agissait ici d'un conditionnement culturel et traditionnel qui empêche cet homme de changer, même modérément, la répartition des rôles.

Dans l'ensemble, et assez proche des observations antérieures, nous nous sommes donc trouvés devant une majorité de facteurs extramédicaux, à savoir:

- conviction immuable d'être sévèrement handicapé,
- facteurs culturels,
- manque de motivation,
- absence de formation certifiée,
- plaintes relatives aux symptômes,
- évolution régressive,
- difficultés de couple.

En quelque sorte, nos observations et constats s'inscrivent comme une sorte de prolongation dans la plus grande partie du dossier et des observations précédentes. Rappelons ici la dramatisation de l'assuré par rapport à son hospitalisation à Sion, les constats bénins du psychiatre consultant, du psychiatre mandaté par le SMR, les commentaires détaillés des 3 stages d'observation professionnelle,

mais aussi l'autoappréciation de l'assuré qui parle d'humeur fluctuante.

Ce qui paraît le plus probable et défendable sur le plan diagnostique est une souffrance associée à la problématique du bras et des douleurs / gênes, dans le sens du diagnostic de «facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies classées ailleurs» (F 54, CIM-10). Mais, dans cette situation, les éléments comportementaux nous paraissant tellement dominants, nous avons renoncé à ce terme.

[...]

Nous avons décrit un certain nombre de symptômes surtout dysphoriques qui correspondent à la terminologie de «dysthymie».

Finalement, notre appréciation n'est pas très loin [de] celle du psychiatre traitant, car il a retenu un trouble dépressif et anxieux mixte, notion diagnostique en dessous d'une valeur de dépression proprement dite.

Il existe certes une légère anxiété, notamment par rapport à des situations nouvelles, mais non spécifique et sans impact majeur. De ce fait nous n'avons pas codé cet aspect.

Très probablement il existe aussi des tendances à la majoration pour des raisons psychologiques et sociales, notions toujours délicates, car nous ne pouvons pas avec certitude déterminer [...] ce qui se passe dans l'intérieur de la personne concernée.

Il résulte de nos constats qu'il n'existe dans notre domaine aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. En dehors des nombreuses limitations extra médicales, l'insertion de l'assuré dans une activité adaptée nous paraît, purement d'un point de vue psychiatrique, entièrement exigible. De plus, ceci participerait à sa propre revalorisation et regain d'estime personnel, de couple et de famille. Le ténor et les conseils des médecins de l'hôpital vont exactement dans cette direction".

Dans un avis médical du 16 avril 2009, les Drs P. _____ et S. _____, du SMR, se référant notamment à l'expertise précitée, ont retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à la pathologie traumatique du membre supérieur droit.

Dans un rapport du 19 mai 2009 adressé au mandataire de l'assuré, le Dr H. _____, se référant à son précédent rapport, a posé les diagnostics de status 8 ans après fracture compliquée de la tête radiale du coude droit, de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec traits hypocondriaques, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il a notamment indiqué ce qui suit:

"Depuis 2006, l'état de santé de M. G. _____ s'est aggravé de façon significative. Les plaintes physiques sont toujours constantes, essentiellement des douleurs du bras droit irradiant dans la région cervicale et le dos. Ces douleurs peuvent varier. Elles sont par exemple subjectivement intolérables si la chaleur s'y associe, ainsi lors d'exposition au soleil. A l'inspection, on constate invariablement une négligence du membre supérieur droit qui est tenu en flexion et en retrait.

L'aggravation concerne la sphère psychique. Alors qu'auparavant le discours restait focalisé sur les douleurs et les symptômes physiques, il englobe maintenant en permanence la dimension psychique. Celle-ci s'exprime par une souffrance morale intense, en termes de perte d'espoir, incapacité à se projeter positivement dans l'avenir, sentiment d'inutilité et, parfois, idéations suicidaires. M. G. _____ connaît des moments de tension intérieure qu'il n'arrive plus à gérer et qui débouchent sur des actings. C'est ainsi qu'il a plusieurs fois cassé des objets à son domicile; il s'est automutilié avec une bouteille qu'il avait cassée. Enfin, il a absorbé dans un but suicidaire un excès de médicaments, ce qui a nécessité son admission aux urgences de l'hôpital d'Yverdon, puis son transfert au [CPNVD] à Yverdon où il est resté du 03.01 au 16.01.09. Le diagnostic retenu par les médecins était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F332).

Plusieurs entretiens ont été organisés à ma consultation avec l'épouse. Ils font suite aux tensions conjugales liées à l'état de santé du patient. Madame s'est plainte de l'attitude régressée de son mari qui, lorsqu'il est seul, reste alité et ne participe plus à la vie de famille. Elle corrobore aussi certaines plaintes de son mari, par exemple son manque de concentration et ses oublis répétés. Bien entendu, l'hospitalisation de janvier dernier a ébranlé toute la famille, y compris les enfants (12 et 8 ans). Il ressort aussi que, face à ces derniers, M. G. _____ fait preuve de nervosité et irritabilité par intolérance au bruit.

Un exemple récent est illustratif de l'état de santé du patient. Pour son 40^{ème} anniversaire, il a reçu un billet d'avion pour le Portugal et il s'y est rendu seul à Pâques. A son retour, il m'apprend, en pleurs, qu'il a été constamment mal, angoissé, qu'il a éprouvé des vertiges et d'autres signes physiques pour lesquels il est allé plusieurs fois se faire contrôler la tension artérielle dans une pharmacie. Au terme du séjour, il était dans un tel état anxieux qu'il ne parvenait plus à boucler seul sa valise. Cet épisode est révélateur de la fragilité extrême de M. G. _____ et de son intolérance au stress qui déclenche toute une cascade de symptômes, notamment un état de désorganisation psychique. C'est exactement le même tableau que j'avais observé lors de son stage au Centre d'observation de Genève en octobre 2005, stage qui avait dû être interrompu pour les mêmes raisons. L'interprétation du personnel d'encadrement avait été autre: M. G. _____ faisait preuve de mauvaise volonté et il lui avait été conseillé de s'adresser à la municipalité d'Yverdon pour un travail de contrôleur de parking!

Score à l'échelle d'évaluation de Hamilton de la dépression: score de 22, ce qui correspond à un épisode dépressif moyen.

[...]

Les troubles psychiques persistent malgré le traitement médical adéquat et la compliance du patient. Aussi bien mes constatations que celles faites au CPNVD vont dans le sens d'un épisode dépressif récurrent de degré moyen, pour le moins. Le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr C._____ ne saurait correspondre au degré de gravité de l'état dépressif.

L'incapacité de travail est actuellement de 100%, pour des raisons psychiatriques. Cette appréciation est fondée d'une part sur le degré de gravité de la dépression, d'autre part sur le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, puisque sont réunis les critères de gravité retenus dans sa jurisprudence par le TFA, à savoir:

- La présence d'une co-morbidité psychiatrique. Le caractère de sévérité repose sur une observation longitudinale de plusieurs années.
- La longueur de l'évolution, à savoir 8 ans. Ce laps de temps a entraîné une chronification et fixation des troubles.
- Une dégradation sévère de l'environnement social de l'assuré, résultant d'un désinvestissement de ses engagements antérieurs comme mari, père et homme social.
- La persistance des troubles en dépit de mesures thérapeutiques adéquates et adaptées.

Dans ces conditions, la décision de l'AI, concluant à la pleine capacité de travail de l'assuré, est pour moi, psychiatre traitant depuis 2004, aussi incompréhensible qu'injuste et arbitraire".

Dans un rapport du 27 mai 2009, le Dr R._____ a retenu que l'assuré, depuis son accident en juin 2001, n'avait plus été en mesure de travailler et qu'il avait subi des conséquences considérables sur sa vie privée et familiale, attestant de sa souffrance psychique. Il a considéré que son patient présentait toutes les caractéristiques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et s'est étonné du refus d'une opportunité de réorientation professionnelle.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR qui, sous la plume du Dr T._____, a indiqué dans un avis médical du 9 juin 2009 que le médecin traitant, soit le Dr H._____, plus empathique que l'expert, le Dr C._____, avait une évaluation différente de la sévérité de l'atteinte

psychiatrique de l'assuré, sans éléments nouveaux imposant de s'écarter des conclusions de l'expert.

Par décision sur opposition du 15 juin 2009, l'OAI a maintenu sa position, rejetant le droit à une rente d'invalidité. Se référant à l'avis du SMR ainsi qu'à l'expertise du Dr C. _____ et s'écartant de l'opinion du Dr H. _____, il a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail sur les plans somatiques et psychiques dans une activité adaptée à son état de santé. Sur la base d'un revenu d'invalidité selon l'enquête suisse sur la structure des salaires et en tenant compte d'un abattement de 15%, et d'un revenu sans invalidité de 63'601 fr. 70 en 2003 sur la base d'un salaire horaire de 27 fr. 45 en 2002, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 22.80%. En tenant compte d'un revenu annuel supplémentaire de 5'520 fr. pour un service de conciergerie, il a précisé que le revenu sans invalidité serait de 69'121 fr. 70 en 2003, ce qui conduirait à un degré de 28.90%. L'OAI a ajouté que l'assuré pouvait prétendre à une aide au placement, à condition d'admettre que sa capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée.

Le 23 juin 2009, D. _____ SA a informé le mandataire de l'assuré que l'horaire conventionnel de l'entreprise était de 8.1 heures par jour, soit 40.5 heures par semaine, en moyenne annuelle, et que l'assuré avait effectué en 2000 et de janvier à juin 2001 une moyenne mensuelle de 5.4 heures supplémentaires.

Le 24 juin 2009, le Dr H. _____ a confirmé les propos tenus dans son rapport du 19 mai 2009 et a remis en cause l'impartialité et le travail de l'expert, relevant notamment que l'assuré n'avait pas présenté de trouble dépressif avant son accident. Il a relevé que le Dr C. _____ avait attaché trop d'importance au fait de se promener ou de sourire et qu'il avait minimisé certains faits comme la tentative de suicide ou des troubles du comportement (comme l'automutilation). Le Dr H. _____ a par ailleurs souligné l'incapacité progressive de l'assuré à tolérer le stress, engendrant un état de désorganisation psychique et des troubles qui ne pouvaient être assimilés à des éléments de comportement.

C. Par acte du 14 juillet 2009 de son mandataire, G. _____ défère cette décision au Tribunal cantonal et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002, alternativement à une date fixée à dire de justice, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Contestant disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée, l'assuré critique l'appréciation et les conclusions de l'expertise du Dr C. _____, remet en cause l'impartialité et la qualité du travail effectué par l'expert, et se prévaut de l'avis du Dr H. _____, corroboré par les constatations faites par les praticiens du CPNVD, pour retenir que sa capacité de travail est nulle du point de vue psychique. Compte tenu de son absence de qualifications, de sa personnalité, de sa mauvaise compréhension du français et de ses limitations fonctionnelles notamment quant à l'usage des deux bras, il se prévaut d'un abattement de 25% du revenu d'invalidité. En outre, l'assuré conteste le revenu d'invalidité, faisant valoir - notamment au vu de l'échec des mesures de réadaptation, de son état de santé et de son faible niveau de formation et de compréhension - qu'il n'est pas en mesure d'effectuer des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires. Il se prévaut enfin d'un revenu sans invalidité en 2003 de 73'540 fr. 99 - compte tenu d'un salaire horaire de 28 fr. 45 en 2003, d'un montant pour heures supplémentaires, d'un revenu annuel de 5'520 fr. pour l'activité de concierge et de l'indexation en 2003 - qui, comparé avec un revenu d'invalidité au maximum de 43'350 fr. 88, conduit à un taux d'invalidité de 41%.

A titre de mesures d'instruction, compte tenu des lacunes du dossier sur le plan médical, l'assuré requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, orthopédique et psychiatrique) afin de déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée au regard de son état de santé.

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'OAI a déposé un avis médical SMR du 8 septembre 2009 des Drs P. _____ et Q. _____, auquel il a déclaré se rallier. Il en ressort en substance que, sur la base de la CIM-10, l'expert n'a à juste titre pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, qu'une période de deux semaines d'hospitalisation en milieu psychiatrique n'engendre pas de facto d'incapacité de travail et que l'expert n'a pas mentionné d'antécédent psychiatrique dans l'anamnèse de l'assuré. Ces médecins ont également suggéré que le rapport du 24 juin 2009 du Dr H. _____ soit soumis à l'expert et ont relevé, contrairement à l'avis du psychiatre traitant dans son rapport du 9 décembre 2006, que les troubles anxieux et dépressifs mixtes n'étaient pas de nature à engendrer une diminution prolongée de la capacité de travail. En conclusion, ils ont retenu que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'était pas justifiée.

D. Interpellé par le juge instructeur, le Dr C. _____ a, dans un rapport du 6 novembre 2009, confirmé la teneur et les conclusions de son expertise, relevant que celle-ci avait été effectuée en tenant compte de l'anamnèse, des plaintes subjectives et des pièces figurant au dossier, sans partialité et conformément au système AMDP et à la CIM-10, justifiant de retenir le diagnostic de dysthymie et de nier celui de syndrome douloureux somatoforme invalidant, lequel n'était de toute façon pas invalidant. Infirmant la présence d'une désorganisation psychique retenue par le médecin traitant, le Dr C. _____ s'est référé à un processus d'invalidation et non à une maladie psychiatrique ou psychoaffective indépendante.

Le 1^{er} décembre 2009, le recourant a confirmé sa position et a déposé les documents suivants:

- Un rapport du 28 novembre 2009 du Dr H. _____, réitérant ses critiques à l'égard de l'expertise du Dr C. _____, expliquant notamment que le diagnostic de dysthymie ne pouvait rendre compte du status clinique prévalant la majorité du temps, que l'expert avait minimisé la diminution des activités agréables et les troubles du sommeil et que le

syndrome douloureux somatoforme persistant, qui revêtait un caractère invalidant, était présent. Le Dr H._____ a ajouté que l'état psychique était cristallisé, après une évolution de plus de 8 ans depuis l'accident, une prise en charge psychiatrique et somatique et un traitement médicamenteux. Il a signalé l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante, se référant aux troubles de l'humeur et du comportement ainsi qu'à une nouvelle hospitalisation au CPNVD depuis le 9 novembre 2009.

- Un rapport du 13 novembre 2009 du CPNVD, attestant notamment d'un séjour du 9 au 12 novembre 2009, d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'un traitement médicamenteux.

En date du 16 janvier 2010, le Dr C._____ s'est référé à l'analyse ressortant de ses précédents rapports, puis a relevé qu'il ne pouvait pas suivre l'avis du Dr H._____. Cas échéant, compte tenu de la divergence des opinions en présence, il a requis une expertise complémentaire auprès d'un psychiatre tiers. Le 21 janvier 2010, l'OAI a déposé un avis médical du 12 janvier 2010 des Drs P._____ et Q._____, relevant en particulier que l'hospitalisation de novembre 2009 était postérieure à la décision sur opposition.

Par courriers des 28 janvier et 15 mars 2010, le recourant a maintenu sa position, repris ses arguments, respectivement adhéré à la proposition de faire appel à un expert psychiatre tiers.

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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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 a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD et disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 c. 2.1, 121 V 362 c. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 c. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 c. 4, TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 c. 3.2).

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^{ème} révision de l'AI], RO 2007 5129); un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à un trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 c. 6.1.1, 135 V 201 c. 7.1.1, 127 V 294 c. 4c, TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.1, TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 c. 2.1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin,

éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4, 115 V 133 c. 2, TF I 312/06 du 29 juin 2007 c. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 c. 11.1.3 et les références citées, 125 V 351 c. 3a, 122 V 157 c. 1c, TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2).

c) 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 c. 3b/cc et les références citées, VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc, TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a).

3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée. Dans un premier temps, on examinera du point de vue médical, sur les plans somatique puis psychique, l'état de santé présenté par l'intéressé.

4. a) Du point de vue somatique, l'assuré présente une importante atteinte à sa santé depuis l'accident dont il a été victime le 22 juin 2001; ont été posés les diagnostics de status après fracture comminutive de la tête radiale du coude droit (juin 2001), de status après résection de la tête radiale droite (juin 2001), de status après

remplacement de la tête radiale droite par une prothèse (février 2002) et de douleurs séquellaires du coude droit (rapport du 25 juin 2002 du Dr R._____). En substance, ces mêmes diagnostics ont également été retenus par les Drs W._____ (rapports des 30 mai 2002 et 24 mars 2003), les médecins de la CRR (rapport du 25 octobre 2002) ainsi que par le SMR (rapport du 14 septembre 2004 de la Dresse J._____).

S'agissant de la capacité de travail, le Dr W._____ s'est référé à une incapacité de travail entière depuis l'accident du 22 juin 2001 et a indiqué qu'on pouvait exiger de l'assuré une activité peu contraignante pour le coude droit, sans charge et sans mouvements répétitifs trop fréquents, durant toute la journée (rapport du 30 mai 2002). Le Dr K._____ a indiqué, du point de vue médico-théorique, qu'une pleine capacité de travail restait envisageable dans une activité légère, ne sollicitant pas trop l'avant-bras droit, du moins pour les suites orthopédiques de l'accident (rapport du 2 décembre 2002); selon le Dr R._____, l'assuré pouvait exercer toute activité n'exigeant pas d'effort lourd avec le coude droit (rapport du 25 juin 2002). Pour sa part, le SMR a retenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail durable depuis le 22 juin 2001 (date de l'accident), puis une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles: pas de port de charges, pas de travail sollicitant le MSD, pas de mouvement répétitif du MSD (rapport du 14 septembre 2004).

b) Dès lors, on retiendra, avec le SMR et l'office intimé, que l'assuré présente, du point de vue somatique, une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur cette question (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 c. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), quand bien même cela est réclamé par le recourant.

5. a) Du point de vue psychique, un consilium psychiatrique effectué le 20 août 2002 par le Dr M._____ a écarté la présence d'une

pathologie psychiatrique franche et d'un contexte psychologique et/ou psychosocial dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Le 25 juin 2002, le Dr R._____ a signalé, sans incidence sur la capacité de travail, la présence d'un probable état dépressif chronique préexistant à l'accident de juin 2001; ce médecin a ensuite constaté que l'assuré se sentait déprimé (rapport du 30 juillet 2003). Suite à une consultation le 21 mars 2003, dans un rapport du 24 mars 2003, le Dr W._____ a évoqué l'humeur plutôt sombre et anxieuse de l'assuré. Dans un rapport du 8 juin 2004, le Dr H._____ a attesté de trois consultations depuis le 19 mai 2004 et d'un traitement médicamenteux. Il a signalé des symptômes dépressifs, un état d'angoisse, des troubles du sommeil sévères et un retrait social, notamment.

Le 20 août 2004, l'assuré a été soumis à une première expertise psychiatrique, effectuée par U._____ (rapport du 6 septembre 2004). En raison d'irrégularités d'ordre formel liées aux qualifications de cette spécialiste, il n'est pas possible de tirer de son rapport des conclusions définitives sur l'état de santé de l'assuré (TF I 781/06 du 29 octobre 2007 c. 3 et la référence citée). C'est donc à juste titre que l'OAI a requis des renseignements complémentaires sur le plan psychique et qu'il a, toutefois seulement dans le cadre de la procédure d'opposition, requis une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans un rapport du 1^{er} avril 2006, le Dr H._____ a posé les diagnostics de status 5 ans après fracture compliquée de la tête radiale du coude droit, de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec traits hypocondriaques, et de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Il a indiqué une évolution défavorable et la persistance des symptômes tels que plaintes douloureuses, angoisses, troubles du sommeil, les angoisses ayant souvent des accents hypocondriaques. Il a retenu l'existence d'une intense souffrance s'exprimant de façon prépondérante par le corps et ayant des répercussions générales sévères, ajoutant qu'une psychothérapie n'était pas indiquée, qu'une médication antidépressive avait apporté un léger soulagement, le pronostic étant sombre. Le 28 juin

2006, ce médecin a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 19 mai 2004 et pour une durée indéterminée.

Le 9 décembre 2006, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de status 5 ans après fracture compliquée de la tête radiale du coude droit, de trouble somatoforme douloureux persistant, avec traits hypocondriaques, et de troubles anxieux et dépressifs mixtes, justifiant une incapacité de travail entière. Il a retenu en particulier que l'assuré souffrait d'une pathologie psychique sévère comportant des troubles anxieux, dépressifs et somatoformes, précisant qu'en période de stress l'anxiété était aiguë et l'atteinte de l'humeur correspondait à un trouble dépressif de degré moyen. Il a également signalé une tendance à l'isolement et à la régression, des capacités sociales diminuées, et un manque de ressources nécessaires pour se réinsérer, résultant en premier lieu de l'interférence négative de la symptomatologie psychiatrique sur les capacités de cognition, d'apprentissage et d'adaptation de l'assuré, et en second lieu d'un contexte socio-culturel défavorable.

Du 3 au 16 janvier 2009, à la suite d'une tentative de suicide par prise de médicaments, l'assuré a effectué un séjour au CPNVD. Dans un rapport du 20 février 2009, les Drs L. _____ et B. _____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Un traitement médicamenteux a été prescrit et une bonne évolution a été relevée.

Dans son rapport du 2 mars 2009, le Dr C. _____ a posé le diagnostic de dysthymie; s'agissant de l'influence sur la capacité de travail, en dehors des autolimitations et facteurs extra-médicaux, il a constaté une légère anxiété, surtout initiale et par rapport aux nouveautés, une irritabilité et une dévalorisation; il n'a pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychique. A l'examen, l'expert a constaté que l'assuré ne présentait pas de difficulté cognitive, de fatigue, de tristesse ni d'anxiété particulière, qu'il était affectivement neutre, euthymique et parfois souriant; si un état dépressif avait existé auparavant, il était alors suffisamment compensé. Suite aux infirmations

transmises par le CPNVD et à un deuxième entretien, il a évoqué plusieurs facteurs psychodynamiques (conflit avec la CNA, problèmes conjugaux et épuisement général notamment). Il a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère ou d'état dépressif persistant posé par les médecins du CPNVD, puis a relevé une amélioration de la situation ainsi que le caractère réactionnel de l'acte (soit une tentative de suicide) et de l'hospitalisation, de sorte qu'un trouble d'adaptation avec perturbations des émotions et des conduites pouvait tout au plus être admis. doutant de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, le Dr C. _____ a relevé l'absence de co-morbidité psychiatrique sévère ni d'autres critères habituellement exigés pour retenir un impact invalidant, ajoutant en particulier que l'expertisé n'était pas totalement inactif et enfermé. L'expert a retenu la présence d'une majorité de facteurs extra-médicaux, à savoir la conviction immuable d'être sévèrement handicapé, des facteurs culturels, un manque de motivation, une absence de formation certifiée, des plaintes relatives aux symptômes, une évolution régressive et des difficultés de couple. Sur le plan diagnostique, il a évoqué des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies classées ailleurs. Relevant que les symptômes surtout dysphoriques correspondaient à une dysthymie, le Dr C. _____ en a conclu que son appréciation se rapprochait de celle du psychiatre traitant et que l'anxiété, notamment par rapport à des situations nouvelles, n'était pas spécifique et n'avait pas d'impact majeur; il a aussi signalé des tendances à la majoration pour des raisons psychologiques et sociales. Ainsi, l'expert a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail sans diminution de rendement.

Dans son rapport du 19 mai 2009, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de status 8 ans après fracture compliquée de la tête radiale du coude droit, de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec traits hypocondriaques, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il a signalé que, depuis 2006, l'état de santé de l'intéressé s'était aggravé de façon significative, la dimension psychique de l'assuré s'exprimant par une souffrance morale intense, avec parfois des idéations suicidaires, ayant nécessité un séjour au CPNVD. Il a aussi mentionné des tensions

conjugales et avec les enfants de l'assuré, avant d'évoquer un voyage au Portugal, ayant occasionné une forte angoisse et notamment un état de désorganisation psychique. Malgré le traitement médical et la compliance du patient, il a relevé la persistance des troubles psychiques et qu'on se dirigeait vers un épisode dépressif récurrent de degré moyen, pour le moins, le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr C. _____ ne pouvant correspondre au degré de gravité de l'état dépressif. Enfin, il a retenu que l'incapacité de travail était totale, compte tenu de la gravité de la dépression et de l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, étant donné la présence d'une comorbidité psychiatrique, d'une chronification des douleurs, d'une dégradation sévère de l'environnement social et d'une persistance des troubles malgré des mesures thérapeutiques adéquates et adaptées.

Dans un rapport du 27 mai 2009, le Dr R. _____ a retenu que l'assuré, depuis son accident en juin 2001, n'avait plus été en mesure de travailler et qu'il avait subi des conséquences considérables sur sa vie privée et familiale, attestant de sa souffrance psychique. Il a considéré que son patient présentait toutes les caractéristiques d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et s'est étonné du refus d'une opportunité de réorientation professionnelle.

Le 24 juin 2009, le Dr H. _____ a confirmé les propos tenus dans son rapport du 19 mai 2009 et a remis en cause l'impartialité et le travail de l'expert, relevant notamment que l'assuré n'avait pas présenté de trouble dépressif avant son accident. Il a relevé que l'expert avait attaché trop d'importance au fait de se promener ou de sourire et qu'il avait minimisé certains faits comme la tentative de suicide ou des troubles du comportement (comme l'automutilation). Le Dr H. _____ a par ailleurs souligné l'incapacité progressive de l'assuré à tolérer le stress, engendrant un état de désorganisation psychique et des troubles qui ne pouvaient être assimilés à des éléments de comportement.

Dans un avis médical SMR du 8 septembre 2009, les Drs P. _____ et Q. _____ ont indiqué que, sur la base de la CIM-10, l'expert

n'avait à juste titre pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, qu'une période de deux semaines d'hospitalisation en milieu psychiatrique n'engendre pas de facto d'incapacité de travail et que l'expert n'avait pas mentionné d'antécédent psychiatrique dans l'anamnèse de l'assuré. Ces médecins ont également relevé, contrairement à l'avis du psychiatre traitant dans son rapport du 9 décembre 2006, que les troubles anxieux et dépressifs mixtes n'étaient pas de nature à engendrer une diminution prolongée de la capacité de travail. En conclusion, ils ont retenu que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'était pas justifiée.

Dans un rapport du 6 novembre 2009, le Dr C._____ a confirmé la teneur et les conclusions de son expertise, relevant que celle-ci avait été effectuée en tenant compte de l'anamnèse, des plaintes subjectives et des pièces figurant au dossier, sans partialité et conformément au système AMDP et à la CIM-10, justifiant de retenir le diagnostic de dysthymie et de nier celui de syndrome douloureux somatoforme invalidant, lequel n'était de toute façon pas invalidant. Infirmité la présence d'une désorganisation psychique retenue par le médecin traitant, l'expert s'est référé à un processus d'invalidation et non à une maladie psychiatrique ou psychoaffective indépendante. Le 16 janvier 2010, le Dr C._____ a confirmé la teneur de ses précédents rapports, s'écartant de l'avis du médecin traitant.

Dans un rapport du 28 novembre 2009, réitérant ses critiques à l'égard de l'expertise, le Dr H._____ a expliqué notamment que le diagnostic de dysthymie ne pouvait rendre compte du status clinique prévalant la majorité du temps, que l'expert avait minimisé la diminution des activités agréables et les troubles du sommeil et que le syndrome douloureux somatoforme persistant, qui revêtait un caractère invalidant, était présent. Le Dr H._____ a ajouté que l'état psychique était cristallisé, après une évolution de plus de 8 ans depuis l'accident, une prise en charge psychiatrique et somatique et un traitement médicamenteux. Il a signalé l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante, se référant aux troubles de l'humeur et du comportement

ainsi qu'à une nouvelle hospitalisation au CPNVD depuis le 9 novembre 2009.

b) Au vu des nombreux rapports versés au dossier sur la problématique psychique, il appert que les conclusions de l'expert contredisent celles du médecin traitant, le Dr H._____, et des médecins du CPNVD.

Le Dr C._____ se fonde sur une anamnèse détaillée (familiale, personnelle, socioprofessionnelle et affective), prend en compte les pièces médicales figurant au dossier et présente de façon détaillée et structurée son argumentation quant au diagnostic et à la capacité de travail, notamment sur la base des critères de la CIM-10. Son avis semble donc remplir les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante. Sur la forme, l'expert se focalise toutefois sur un examen centré sur les apparences, attitude et motricité, au détriment d'autres aspects de l'examen psychiatrique. Une présentation très fouillée de ces points de l'examen donne en réalité la fausse impression d'une analyse complète de la situation, alors que l'aspect global, une vision de l'évolution et les hypothèses étiologiques sont notamment négligés. Sur le fond, on a en effet l'impression que l'expert a attaché plus d'importance aux éléments infirmant la présence d'un diagnostic à caractère invalidant par rapport à ceux permettant de retenir l'existence d'une incapacité de travail pour raisons psychiques. A ce sujet, dans la mesure où ce médecin ne se réfère pas à la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée (consid. 1c), le Dr H._____ a relevé, à juste titre, que l'expert avait attaché trop d'importance au fait de se promener ou de sourire, et qu'il avait minimisé certains faits comme la tentative de suicide ou des troubles du comportement, comme l'automutilation (rapport du 24 juin 2009), ou la diminution des activités agréables et les troubles du sommeil (rapport du 28 novembre 2009).

Par ailleurs, l'expertise comporte plusieurs erreurs ou incohérences. Ainsi, le Dr C._____ a relevé que la mère de l'assuré est décédée dans un accident de moto lorsque ce dernier avait 12 ans, et a

ensuite relevé que durant l'enfance de l'intéressé il n'y avait aucune particularité, pas de notion de traumatisme ou de carence affective (p. 3 et 18). S'agissant des facteurs extra-médicaux (p. 21) constatés par l'expert (conviction immuable d'être sévèrement handicapé, facteurs culturels, manque de motivation, absence de formation certifiée, plaintes relatives aux symptômes, évolution régressive et difficultés de couple), seuls l'absence de formation et les facteurs culturels constituent réellement, du point de vue psychique, des facteurs extra-médicaux; les cinq autres facteurs ne doivent donc pas être négligés, comme semble l'avoir fait le Dr C._____. L'expert a mentionné l'activité de concierge, relevant - de façon ironique et donc inappropriée dans ce cadre - que l'exercice de celle-ci suppose l'exercice des deux bras, alors qu'au moment de l'expertise l'assuré n'exerçait plus son activité de concierge (p. 18). Il a ensuite mentionné que le médecin traitant avait suspecté une névrose de rente (p. 19), alors que le Dr R._____ semble pour le moins être revenu sur cette affirmation lorsqu'il affirme que l'assuré, depuis son accident en juin 2001, n'avait plus été en mesure de travailler et qu'il avait subi des conséquences considérables sur sa vie privée et familiale, attestant de sa souffrance psychique (rapport du 27 mai 2009). On s'étonnera en outre de la prévention de partialité à l'égard du psychiatre traitant dont a fait preuve l'expert, qui plus est avec une certaine virulence (p. 19). L'expert a ensuite indiqué avoir "aussi une hésitation" pour le trouble somatoforme (p. 20), de sorte qu'on peut douter du caractère affirmatif de ses propos, du moins à ce sujet.

Dans leur rapport du 20 février 2009, ayant fait suite au séjour de l'assuré du 3 au 16 janvier 2009 en raison d'une tentative de suicide, les médecins du CPNVD, à savoir les Drs L._____ et B._____, ont posé le diagnostic selon la CIM-10 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Le caractère sévère du trouble dépressif récurrent a été étayé par ces médecins par les symptômes relevés à l'examen, soit notamment un épuisement psychique, une baisse du moral, une isolation sociale, une tendance au renfermement, des pensées suicidaires, des conflits avec son épouse, un sentiment de culpabilité et une sensibilité accrue. L'expert a visiblement minimisé ces

données pour retenir, de façon peu convaincante, qu'un trouble d'adaptation avec perturbations des émotions et des conduites pouvait tout au plus être retenu. En ce sens, le Dr C._____ a visiblement réinterprété l'avis des médecins du CPNVD pour ne se baser que sur certaines de leurs constatations et faire fi des autres. On relèvera que l'intervention des médecins du CPNVD se fait dans le cadre d'une hospitalisation brève, en urgence, qui ne saurait être qualifiée d'empathique.

Le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert ne correspond au demeurant pas aux éléments cliniques relevés par les médecins du CPNVD, eu égard à la CIM-10; ces éléments - objectifs - correspondent à un épisode dépressif et ne peuvent pas s'inscrire dans le tableau d'une simple dysthymie. On ajoutera que le comportement auto-mutilatoire et les crises de l'intéressé à son domicile - qui ont été minimisés par l'expert, comme l'a relevé le Dr H._____ (rapport du 24 juin 2009) - n'entrent pas dans le cadre d'une dysthymie et que cette atteinte ne se traite pas par des neuroleptiques, alors que de tels médicaments ont été prescrits en 2004 à l'assuré par le Dr H._____. Dans ses rapports successifs des 6 novembre 2009 et 16 janvier 2010, le Dr C._____ n'a pas avancé d'autres éléments cliniques pertinents permettant de justifier son appréciation.

Dès lors, l'expertise du Dr C._____, notamment compte tenu de ses incohérences et de ses erreurs, ne remplit pas les critères permettant de lui conférer valeur probante. Pour le surplus, l'avis du SMR, qui se borne à reprendre les motifs de l'expert sans présenter d'autres arguments convaincants sur le plan psychique (ainsi l'avis médical du 8 septembre 2009 des Drs P._____ et Q._____), ne saurait être suivi.

c) Pour sa part, le Dr H._____, psychiatre traitant, a examiné l'assuré depuis le 19 mai 2004 et a posé notamment le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (rapports des 1^{er} avril et 9 décembre 2006), respectivement de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (rapport du 19 mai 2009). Il a retenu une incapacité de travail

entière depuis le 19 mai 2004 et pour une durée indéterminée (certificat du 28 juin 2006), qu'il a confirmée le 9 décembre 2006, puis le 19 mai 2009 compte tenu de la gravité de la dépression.

Le Dr H._____ a fondé son avis en tenant compte de l'anamnèse (notamment dans son rapport du 9 décembre 2006) et des autres pièces médicales figurant au dossier (notamment l'expertise du Dr C._____ et le rapport du CPNVD), s'est fondé sur les plaintes de l'assuré et sur des examens approfondis sur le plan psychique, avant de retenir au terme d'une appréciation médicale claire des conclusions convaincantes et dûment étayées. En particulier, le Dr H._____ a signalé des symptômes dépressifs, un état d'angoisse, des troubles du sommeil sévères et un retrait social (rapport du 8 juin 2004), a fait état de la persistance des symptômes tels que plaintes douloureuses, angoisses, troubles du sommeil, puis de l'existence d'une intense souffrance ayant des répercussions générales sévères (rapport du 1^{er} avril 2006), puis a mentionné une pathologie psychique sévère comportant des troubles anxieux, dépressifs et somatoformes, une tendance à l'isolement et à la régression, des capacités sociales diminuées, et un manque de ressources nécessaires pour se réinsérer (rapport du 9 décembre 2006). Par la suite, il a fait état d'une souffrance morale intense, avec parfois des idéations suicidaires (ayant nécessité un séjour au CPNVD), de tensions familiales, d'une forte angoisse et d'un état de désorganisation psychique, mettant en évidence, malgré le traitement médical et la compliance du patient, la persistance des troubles psychiques conduisant à un épisode dépressif récurrent de degré moyen (rapport du 19 mai 2009). Le Dr H._____ s'est en outre référé aux critères de la CIM-10 pour justifier les diagnostics posés.

En outre, le Dr H._____ a expliqué de façon détaillée les raisons pour lesquelles il s'écartait des constatations et des diagnostics retenus par l'expert. Dans la mesure où il ne se réfère pas à la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée (consid. 1c), le psychiatre traitant a notamment relevé que le diagnostic de dysthymie posé par son confrère ne pouvait correspondre au degré de

gravité de l'état dépressif (rapport du 19 mai 2009), que l'expert avait attaché trop d'importance au fait de se promener ou de sourire et qu'il avait minimisé certains faits comme la tentative de suicide ou des troubles du comportement, comme l'automutilation (rapport du 24 juin 2009), et que l'expert avait minimisé la diminution des activités agréables et les troubles du sommeil (rapport du 28 novembre 2009). On ajoutera que les constatations, l'analyse et les diagnostics retenus par le Dr H._____ sont corroborés par l'avis des Drs L._____ et B._____ du CPNVD, qui ont posé le diagnostic selon la CIM-10 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, ce qui ne peut que renforcer la pertinence de l'avis du psychiatre traitant. Par ailleurs, le Dr R._____ a attesté de la réalité avérée de la "souffrance psychique" de son patient (rapport du 28 mai 2009). Enfin, on ne saurait remettre en cause la pertinence de l'avis du Dr H._____ du seul fait qu'il s'agit du psychiatre traitant de l'assuré, ce que semble faire l'intimé.

Dans ces conditions, l'avis du Dr H._____, corroboré par celui des médecins du CPNVD, emporte valeur probante et permet de retenir que le recourant présente, en raison d'un trouble dépressif récurrent, une incapacité de travail totale à compter du 19 mai 2004.

d) Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire de se demander si le recourant présente, en plus de son affection sur le plan purement psychique, un trouble somatoforme douloureux, respectivement un syndrome douloureux somatoforme persistant comme le retient le Dr H._____. Si le Dr R._____ a évoqué l'évolution vers un syndrome somatoforme (rapport du 30 juillet 2003), un tel diagnostic n'est pas posé par les médecins du CPNVD, ni par l'expert, ni par le Dr M._____, de sorte qu'on peut se demander s'il doit être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante et s'il revêt le cas échéant un caractère invalidant à l'aune des critères en la matière (ATF 132 V 65 c. 4 et les arrêts cités). Cette question peut donc rester indécise.

6. Il reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assuré, ce qui implique en particulier de se demander quel genre d'activité il pourrait

concrètement exercer compte tenu de son état de santé et de sa situation personnelle.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.1 et la référence citée).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) notamment (ATF 129 V 472 c. 4.2.1, TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 c. 3, TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.3).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1, TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 c. 3.2 et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 c. 5b/aa-cc et les références citées). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 c. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 c. 1.2, TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009 c. 5.1, voir aussi TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 c. 5 et les arrêts cités).

b) Dans la décision attaquée, en raison d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sur le plan somatique et en l'absence d'affection psychique, l'OAI a nié le droit à la rente, motif pris d'un degré d'invalidité de 28.90% selon une comparaison des revenus

effectuée en 2003 tenant compte de l'ESS et d'un abattement de 15% du revenu d'invalidé.

S'agissant du calcul effectué par l'OAI, le recourant conteste le revenu d'invalidé, le taux d'abattement et le revenu sans invalidité. Dans la mesure où le Dr W. _____ s'est référé à une incapacité de travail entière depuis l'accident du 22 juin 2001 (rapport du 30 mai 2002), ce qui a été repris par le SMR comme date de départ d'une incapacité de travail durable (rapport du 14 septembre 2004), on se basera sur une comparaison des revenus en 2002, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI).

Le recourant se prévaut notamment de l'échec des mesures de réadaptation pour expliquer qu'il n'est pas en mesure d'effectuer des activités simples et répétitives. Or, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 c. 3.2, TFA I 762/02 du 6 mai 2003 c. 2). En outre, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 c. 4.2, TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 c. 4.3, TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 c. 3.4); au demeurant il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 c. 4.3).

On tiendra compte d'un salaire de 4'557 fr., correspondant à celui des hommes pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2002 (TA1, ESS 2002), adapté à l'horaire usuel de travail de 41.7 heures, pour obtenir un montant de 4'750 fr. 65 par mois, soit un salaire

annuel de 57'008 fr. (TF I 621/06 du 23 juillet 2007 c. 7). L'abattement de 15% du revenu d'invalidé est en outre équitable au vu des circonstances personnelles de l'assuré, soit compte tenu notamment de l'âge relativement jeune de l'assuré, de ses limitations fonctionnelles (au coude droit principalement), de son expérience professionnelle et du fait qu'il vit en Suisse depuis 1990, soit depuis l'âge de 21 ans, et bénéficie d'un permis d'établissement. Dès lors, on se basera sur un revenu d'invalidé s'élevant à 48'456 fr. 80.

S'agissant du revenu sans invalidité, dans l'activité de machiniste, compte tenu d'un salaire horaire de 27 fr. 45 en 2002, on se basera sur un montant annuel de 62'723 fr. 53 ($27.45 \times 8.10 \times 21.7 \times 13$), en y ajoutant un supplément en raison des heures supplémentaires (questionnaire pour l'employeur du 5 juin 2002 et courrier du 23 juin 2009 de D. _____ SA) par 148 fr. 23, soit 62'871 fr. 75. Si l'on tient compte également du revenu de l'activité de concierge par 5'520 fr. par mois (questionnaire pour l'employeur du 22 février 2006 et courrier du 13 janvier 2004 de V. _____ SA), soit la situation la plus favorable à l'assuré, le revenu sans invalidité se monte alors à 68'391 fr. 75. La comparaison d'avec le revenu d'invalidé de 48'456 fr. 80 aboutit à un degré d'invalidité de 29.15%, qui ne donne pas droit à une rente – étant donné qu'il est inférieur au degré minimal de 40% ouvrant le droit à un quart de rente (art. 28 LAI) – du moins pour la période lors de laquelle les troubles psychiques ne sont pas encore clairement attestés.

c) Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement art. 28 al. 1 let. b LAI), le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). L'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) prévoit notamment que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Cette disposition fixe le moment à partir duquel une modification de l'invalidité d'un bénéficiaire

de rente est réputée suffisamment durable pour déployer ses effets sur le droit aux prestations. Le délai de trois mois qui y est prévu s'applique non seulement dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPG), mais également lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (ATF 125 V 413 c. 2d). Cette deuxième éventualité ne doit toutefois pas conduire à contourner le délai d'attente d'une année imposé par la loi en cas d'ouverture du droit à une rente (art. 29 al. 1 let. b aLAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007). Concrètement, le délai de trois mois de l'art. 88a RAI, qui est étroitement lié à un cas de révision, ne saurait débiter avant que la période de carence d'une année ne soit arrivée à échéance (TF 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 c. 4.2, TFA I 179/01 du 10 décembre 2001 c. 3b).

Du point de vue psychique, de l'avis du Dr H. _____, l'assuré présente une incapacité de travail totale à compter du 19 mai 2004, et ce dans toute activité. Il s'agit d'une détérioration de l'état de santé du recourant, liée à l'apparition d'une nouvelle affection, comme constituant un nouveau cas d'assurance, si bien que le droit à une rente est subordonné à l'écoulement de la période de carence d'une année (en ce sens: TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 c. 7.4). Il s'ensuit que ce délai a commencé à courir à partir du 1^{er} mai 2004 pour arriver à échéance le 30 avril 2005 (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), de sorte que le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} mai 2005.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis dans la mesure où le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005.

b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation

consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 c. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées).

8. a) 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). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il n'y a donc pas lieu de percevoir d'émoluments judiciaires.

b) Vu l'issue du litige, le recourant a droit à une indemnité de dépens pour ses frais de représentation, à charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA), et qu'il convient de fixer à 2'500 fr., compte tenu de la complexité du cas et de l'échange des écritures.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 15 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant G._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2005.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant G._____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émoluments judiciaires.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour G._____)
- 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 :