

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Abrecht et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, 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 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assuré), né le 24 mai 1961, marié et père de trois enfants, de nationalité portugaise et arrivé en Suisse au printemps 2004, a travaillé en qualité de maçon à Lausanne du 9 juin 2004 au 5 mai 2005. Le 23 mars 2004, il a fait une chute sur un chantier et est tombé sur son épaule gauche, occasionnant une contusion de la coiffe des rotateurs, avant de faire un faux-mouvement avec une scie circulaire le 14 juin 2004, provoquant une section partielle de l'auriculaire droit et entraînant une incapacité de travail totale. Ces cas ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), qui a versé les prestations légales.

Le 1^{er} avril 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, de mesures de reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement, d'une rente.

Dans le cadre de l'instruction du dossier sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr L. _____, de la clinique chirurgicale et permanence G. _____ SA, à Lausanne. Le 12 mai 2005, ce médecin a posé les diagnostics de section partielle de l'auriculaire droit le 14 juin 2004, de contusion de la coiffe des rotateurs avec lésion stade III de l'épaule droite le 23 mars 2004 et de cervico-brachialgies gauches séquellaires le 23 mars 2004. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis le 14 juin 2004 en tant que maçon.

Le dossier de l'assuré auprès de la CNA a été produit et contient notamment les documents suivants:

- un rapport IRM de l'épaule gauche du 7 juin 2004, relevant une petite déchirure partielle du tendon sus-épineux gauche, versant

huméral d'une longueur de 3 à 5 mm, associée à une géode dégénérative du trochiter;

- une attestation médicale du 14 juin 2004 de la clinique chirurgicale et permanence G._____ SA, se référant à une opération effectuée le 14 juin 2004, l'assuré s'étant coupé les 4^e et 5^e doigts de la main droite face dorsale avec une scie circulaire, et posant le diagnostic de plaie déchiquetée face dorsale au niveau de l'IPP, section complète du tendon extenseur à ce niveau, fracture multifragmentaire de cette articulation en D5, de plaie transverse face dorsale de l'IPP avec lésion punctiforme centrale du tendon extenseur en D4, d'arthrodèse par double embrochage et cerclage, suture du tendon extenseur, suture de plaie en D5 et suture du tendon extenseur, suture de plaie en D4;

- un rapport du 23 juillet 2004 du Centre médical J._____ posant le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche, déchirure partielle sus-épineux, de cervico-céphalgie et cervico-scapulalgie, attestant d'une recrudescence des plaintes de l'assuré consécutives au port d'une bretelle de soutien du membre supérieur droit et d'un traitement de physiothérapie;

- un rapport d'examen de la colonne cervicale face, profil, obliques et fonctionnelles du 8 septembre 2004, attestant de troubles statiques de la colonne cervicale, de discopathie C5-C6 et C6-C7, de rétrécissement des trous de conjugaison gauches C5-C6 et C6-C7;

- une attestation médicale du 12 juillet 2005 de la clinique chirurgicale et permanence G._____ SA, posant le diagnostic de fracture ouverte intraarticulaire et section des tendons extenseurs au niveau de l'IPP de l'auriculaire et section des tendons extenseurs au niveau de P2 de l'annulaire droit, puis attestant d'opérations effectuées les 10 novembre 2004 et 9 juin 2005 et de complications en raison de douleurs, une reprise du travail étant prévue pour le 1^{er} août 2005;

- un rapport du 30 novembre 2005 du Dr L. _____ adressé au Dr R. _____, médecin d'agence à la CNA, faisant suite à une consultation de l'assuré le 24 novembre 2005 et indiquant ce qui suit:

"En ce qui concerne les épaules, rappelons que ce patient a été victime de deux accidents distincts, le premier le 12.09.2003 touchant l'épaule droite, le second le 23.03.2004 affectant l'épaule gauche. Un troisième accident, survenu le 14.06.2004, a blessé l'auriculaire droit et justifié une révision chirurgicale le 9.06.2005, d'évolution peu satisfaisante.

Les plaintes actuelles concernent essentiellement l'épaule gauche. En cours d'examen, l'épaule droite est également mentionnée douloureuse. Les amplitudes fonctionnelles sont celles déjà notées dans l'examen initial du 15.03.2005, à savoir une abduction et une antépulsion actives complètes et symétriques avec des arcs douloureux à gauche au-dessus de la ligne des épaules. Une douleur identique est également signalée à droite mais uniquement dans les dix derniers degrés. Les signes de conflit sont toujours présents à gauche bien que peu marqués, très discrets à droite. De ce côté, c'est surtout l'articulation acromio-claviculaire qui fait sursauter le patient lors de la palpation. Ce patient présente effectivement des signes de conflit sous-acromial de l'épaule gauche sur une petite déchirure partielle du sus-épineux documentée par une IRM du 7.06.2004. A droite, il persiste encore des séquelles d'une contusion directe de cette épaule avec souffrance acromio-claviculaire et plus modérée du sus-épineux.

A ce stade, je ne crois pas prudent de proposer un geste chirurgical, que le patient n'envisage pas du tout, son cousin, qui est médecin au Portugal, lui a fortement déconseillé toute intervention.

Dès lors, il me paraît plus prudent d'envisager un recyclage professionnel accompagné des mesures administratives habituelles. On pourra toujours, par la suite, si même dans une activité adaptée les douleurs devaient persister et bien sûr en présence d'un patient demandeur, proposer une intervention chirurgicale".

- un rapport d'examen final du 11 janvier 2006 du Dr X. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, se référant aux pièces médicales versées au dossier, aux déclarations de l'assuré, à un examen clinique à la main droite de même qu'à l'épaule gauche, puis mettant notamment en exergue ce qui suit dans son appréciation:

"Actuellement, le patient dit que son épaule gauche est de plus en plus douloureuse. Il a de la peine à la bouger. Les douleurs irradient vers la nuque et vers le bras. Le patient a aussi beaucoup de douleurs nocturnes qui seraient insomniantes. A la demande, il

évoque également un gonflement et des douleurs des deux derniers doigts de la main droite, notamment de l'auriculaire.

Objectivement, l'épaule gauche est souple mais elle paraît très douloureuse à la mobilisation dès qu'on dépasse l'horizontale. Les signes du conflit sont nettement positifs avec un arc douloureux caractéristique. La chute du bras est bien freinée lors de la manoeuvre de Jobe mais la mise sous tension du sus-épineux est douloureuse, tandis que la rotation externe contrariée est indolore et s'effectue avec une bonne force. Quant à l'auriculaire droit, il a toujours un aspect en crochet avec une IPP arthrodésée à 30° de flexion et en légère déviation radiale et une absence d'extension active de l'IPD. Enfin, la force de serrage de la main droite a un peu progressé tandis que celle de la main gauche est moins bonne qu'avant.

Du point de vue thérapeutique, je suis d'accord qu'il convient, dans un premier temps, de privilégier la réadaptation professionnelle mais j'ai peur que le patient n'oppose des douleurs à tout ce qui sera entrepris puisqu'il se plaint déjà énormément, alors même qu'il est inactif. Dans ces conditions, il est logique que la Suva veuille clore le cas mais il faut s'attendre à ce qu'il rebondisse.

Si, à l'évidence, le patient ne peut plus travailler comme maçon-coffreur, il peut exercer en plein et sans aucune restriction, une activité légère à hauteur de table ou d'établi, ne sollicitant pas trop le membre supérieur gauche".

- un rapport du 11 janvier 2006 du Dr X._____, indiquant une estimation de l'atteinte à l'intégrité de 12.5% en raison des troubles à l'épaule gauche (7.5%) et à la main droite (5%);

- un courrier du 10 février 2006 de la CNA, se basant sur l'examen médical précité et attestant de la fin de la prise en charge des soins médicaux ainsi que de l'indemnité journalière au 31 mars 2006.

- une décision du 23 mars 2006 par laquelle la CNA a reconnu à l'assuré, pour les séquelles des accidents des 23 mars et 14 juin 2004, le droit à une rente d'invalidité de 25%, fixée mensuellement à 1'115 fr. dès le 1^{er} avril 2006 compte tenu d'un gain annuel assuré de 66'898 fr., et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 13'350 fr., sur la base d'une estimation de l'atteinte à 12.5% et d'un gain annuel de 106'800 fr.

Le cas a été soumis par l'OAI au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un rapport d'examen du 12 juin 2006, le Dr N._____, dudit service, a retenu l'atteinte principale à la santé de status

après fracture intra-articulaire de l'auriculaire droit et de syndrome de la coiffe des rotateurs bilatéral, prédominant à gauche, une incapacité de travail durable depuis le 14 juin 2004 ainsi qu'une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Le début de la réadaptation a été fixé à janvier 2006 et les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: port de charges de plus de 8kg; mouvements des épaules au-dessus de l'horizontale; épargne relative du membre supérieur gauche; mouvements en force de la main droite.

Par communication du 21 novembre 2006, l'OAI a informé l'assuré de son intention d'examiner les aptitudes à la réadaptation professionnelle et la capacité de travail de ce dernier. A ce titre, l'intéressé a effectué un stage d'observation au centre d'intégration professionnelle de Genève (CIP) du 12 mars au 10 juin 2007. Le 13 juin 2007, un rapport de synthèse de ce centre a retenu que l'assuré pouvait théoriquement mettre en valeur sa pleine capacité de travail reconnue par le SMR après une formation pratique de 6 à 12 mois comme ouvrier à l'établi, employé de station-service, surveillant ou gardien de musée, avec une diminution de rendement de 20% en raison d'un manque de polyvalence dû à ses problèmes de santé.

Le 3 juin 2008, le Dr I._____, spécialiste FMH en médecine générale, à Lausanne, a notamment posé les diagnostics de conflit sous acromial sur lésion stade III sus-épineux (épaule gauche) et arthroplastie acromio-claviculaire (chute sur un chantier), de lésion auriculaire droit et de trouble anxio-dépressif. Il a mis en évidence un trouble anxio-dépressif réactionnel à évaluer, suspectant un possible trouble de la personnalité, et une chronicisation de la situation, retenant un mauvais pronostic et suggérant une évaluation de la capacité de travail résiduelle.

Dans un rapport du 25 avril 2008, la Dresse W._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique de la main, à Lausanne, a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs de sa main droite et qu'il n'y avait aucune indication pour une amputation -

laquelle ne pouvait pas garantir une diminution des syndromes douloureux - ni aucune proposition chirurgicale pour le moment.

En date du 15 septembre 2008, le Dr A._____, chef de service du département de l'appareil locomoteur du CHUV, faisant suite à une consultation de l'assuré le 12 septembre 2008, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales plus marquées à gauche, puis retenu l'appréciation suivante:

"M. Q._____ se plaint de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche d'évolution chronique et faisant suite à des accidents en 2003 et 2004. Actuellement l'examen clinique n'est pas spécifique d'une affection orthopédique localisée au niveau des épaules. L'épaule est souple. Il n'y a pas d'évidence d'affection gléno-humérale dégénérative. Une discrète tendinopathie de la coiffe des rotateurs ne peut être formellement exclue mais le tableau clinique évoque avant tout un syndrome douloureux chronique de type somatoforme (à préciser éventuellement dans le cadre d'une évaluation psychiatrique). Il existe également des signes évoquant une polyinsertionite.

Je n'ai dans ce contexte pas retenu d'indication à une approche chirurgicale ni à d'autres investigations orthopédiques".

Par décision du 13 janvier 2009, la CNA a déclaré que le droit à la rente existant depuis le 1^{er} avril 2006 n'avait pas lieu d'être augmenté et a refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles maladifs et les éventuels troubles psychiques affectant l'assuré. Cette décision a été confirmée sur opposition en date du 20 avril 2009, la CNA ayant indiqué que l'intéressé ne subissait pas de perte supplémentaire de sa capacité de gain.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique, en l'occurrence effectuée le 16 avril 2009 par le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. Dans son rapport du 20 avril 2009, ce médecin n'a pas retenu de diagnostic avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, ni aucune limitation sur les plans psychique, mental et social, la capacité résiduelle de travail étant totale sans diminution de rendement et le degré

d'incapacité de travail ayant toujours été nul. Il a exposé ce qui suit dans son appréciation du cas:

"- Nous sommes en présence d'une personne de 47 ans d'origine portugaise, chez qui le développement psycho-affectif a été marqué par des phénomènes de parentification (attribution de tâches, de rôles ou de responsabilités d'adulte à un âge trop précoce). En effet Monsieur Q. _____ a été amené à travailler pour l'entreprise de son père dès l'âge de 10 ans, et rétrospectivement il estime que les travaux étaient inadaptés à son âge et à sa condition physique de l'époque. En outre, cela a fait qu'il ne pouvait pas jouer normalement avec ses camarades et qu'il a dû arrêter sa scolarité dès l'âge de 13 ans. En outre, il a souffert de la violence physique de la part du père en ce sens qu'il se faisait souvent battre et que le père battait la mère.

S'il existe des éléments défavorables ayant pu interférer avec le processus de maturation psycho-affective, Monsieur Q. _____ ne présente pas de personnalité pathologique selon les classifications psychiatriques reconnues (CIM, DSM). En effet, on ne relève pas de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence au plus tard, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situation et qui auraient pu être à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait qu'il n'est pas signalé de souffrance psychique avant le mois de juillet 2006 et cela se reflète par le fait que Monsieur Q. _____ a été à même de s'intégrer dans le monde du travail. Plus particulièrement, il ne s'avère pas que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou avec des comportements dysfonctionnels menant à des licenciements systématiques. De même, sur le plan sentimental, si le premier mariage a été un échec, l'assuré a par la suite été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme avec sa deuxième femme.

Ce qui précède signifie que si les conditions défavorables de l'enfance ont possiblement interféré avec le processus de structuration psychique, les critères généraux pour la présence d'une personnalité pathologique ne sont pas vérifiés. Dans ce cas, un trouble spécifique de la personnalité doit donc également être exclu.

- Dans le rapport médical AI du 3 juin 2008, le Docteur I. _____, médecin généraliste, mentionne, sous la rubrique des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, celui de trouble anxio-dépressif réactionnel existant depuis le mois de juillet 2006. L'assuré lui-même ne peut pas dater le moment de l'apparition de la symptomatologie actuelle. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, il ne s'est jamais adressé à un psychiatre, et actuellement aucun traitement antidépresseur ni anxiolytique n'est prescrit. Dans le passé, un traitement antidépresseur-antalgique d'amitriptyline (Saroten®) a été introduit, ainsi qu'un antidépresseur-hypnotique de trazodone (Trittico®). Monsieur

Q._____ dit être atteint par l'inactivité professionnelle, par les difficultés de son fils et des soucis financiers. En ce moment, il dit être dans une «mauvaise phase».

Or, actuellement il présente une symptomatologie dépressive et anxieuse réduite, disparate et non incapacitante. En effet, il n'y a pas d'éléments suffisants pour atteindre le seuil diagnostique d'un épisode dépressif même de degré léger ni même d'une dysthymie (forme de dépression atténuée chronique).

En effet, s'il existe un découragement, l'humeur n'est pas déprimée de manière significative avec l'absence de tristesse franche, l'absence de diminution de l'élan vital, d'abattement et une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) en ce sens que le football et le fait d'aller au Centre Portugais, ou encore de rencontrer ses proches sont des activités source de satisfaction. Monsieur Q._____ mentionne parfois une perte de l'énergie. Cet aspect n'a pas été objectivé au cours de l'examen du 16 avril 2009 (assuré plutôt tonique, à la gestuelle et au regard vifs). Si à l'analyse du déroulement du quotidien les activités sont diminuées, cela est en lien avec le désœuvrement, le manque de moyens financiers ou les douleurs qu'il peut ressentir. Il existe une diminution de la confiance en soi en lien avec les limitations physiques et la perte du statut de père subvenant aux besoins de sa famille. Cependant, par ailleurs Monsieur Q._____ dit souhaiter retravailler et il a entrepris des démarches en ce sens. Au vu de cela, la diminution de l'estime de soi ne peut pas être à l'origine d'une diminution de l'appétit au travail. Il n'existe pas d'autoreproches excessifs ou inappropriés. Il n'y a pas d'idéation suicidaire. Sur le plan cognitif, si Monsieur Q._____ mentionne des troubles de la concentration et de la mémoire, cet aspect n'a pas été objectivé au cours de l'examen du 16 avril 2009. En effet, les capacités de compréhension sont intactes, il a été à même de répondre aux questions posées sans hésitations ou temps de latence anormalement accru et le fait qu'il assume une partie du travail administratif, qu'il s'adonne à la lecture du journal ou qu'il regarde la télévision de manière ciblée parle contre la présence de troubles de la concentration. De même, nous n'avons pas objectivé de troubles formels de la mémoire à court terme ou à long terme (restitution de dates; description précise d'événements du passé proche ou lointain); les oublis qu'il mentionne sont banals et cliniquement non significatifs. Il existe une anxiété et une tension liées aux préoccupations financières, à l'inactivité professionnelle et au comportement de son fils. L'anxiété n'est pas incapacitante en ce sens qu'elle n'est pas psychiquement destructurante (absence d'envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition des processus de pensée). Enfin, d'une manière générale il existe une différence entre les plaintes rapportées par Monsieur Q._____ et ce qui est observé cliniquement. Plus particulièrement, il se montre suggestible en ce sens qu'il a tendance à répondre systématiquement par l'affirmative aux questions qui lui sont posées concernant la présence ou non de symptômes dépressifs ou anxieux. Ainsi, le fait qu'il rapporte un sentiment de désespoir contraste avec une attitude souriante et tonique; il s'agit tout au plus d'un découragement face aux difficultés actuelles.

L'absence de suivi psychiatrique, l'absence de prise de traitement antidépresseur et d'anxiolytique parle contre la présence d'une symptomatologie marquée.

- Dans le rapport de consultation du 15 septembre 2008, le Professeur A._____, orthopédiste, indique que le tableau clinique évoque avant tout un syndrome douloureux chronique de type somatoforme. Monsieur Q._____ présente effectivement des douleurs persistantes. Elles sont qualifiées d'intenses mais elles ne sont pas accompagnées d'un comportement algique (grimaces, soupirs, prise d'appui avec les coudes sur le bureau, déambulation dans la pièce). Il n'y a pas non plus à proprement parler de sentiments de détresse mais une inquiétude. Enfin, si les douleurs ne sont pas entièrement expliquées par une atteinte somatique, par ailleurs elles ne constituent pas en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré. En effet, son quotidien n'est pas organisé en fonction des douleurs et ses préoccupations sont avant tout d'ordre financier.

Ce qui précède signifie que plusieurs critères essentiels du syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas vérifiés ou insuffisamment marqués, et donc que ce diagnostic ne doit pas être retenu.

- En résumé, il s'agit d'un assuré qui souffre d'une symptomatologie dépressive et anxieuse disparate, réduite et non incapacitante. Les capacités cognitives sont préservées. Il n'y a pas de personnalité pathologique. Actuellement, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut pas être retenu".

Dans un avis médical SMR du 11 mai 2009, le Dr D._____, se référant notamment au rapport SMR du 12 juin 2006 et à l'expertise précitée, a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail exigible, en l'absence d'atteinte à la santé psychique.

B. Le 19 mai 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il lui a fait part de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2005 au 30 avril 2006, soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé. Il a notamment retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de longue durée et une incapacité de gain complète depuis le 14 juin 2004 selon examen du SMR, de sorte que le droit à une rente entière à compter du 1^{er} juin 2005 était donné. Depuis le 11 janvier 2006, date de l'examen médical final de la CNA, l'OAI a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. Sur la base d'un salaire sans invalidité de 73'320 fr. et d'un revenu d'invalidité de 52'047 fr.

74, relatif à des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2005 et en tenant compte d'un abattement de 10%, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 29.01%, ne donnant plus droit à la rente.

Le 15 juin 2009, l'assuré a contesté ce projet de décision, réclamant l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2005 sans limite de temps.

Dans un courrier du 14 juillet 2009, l'OAI a expliqué à l'assuré que les pièces médicales étaient déterminantes pour apprécier l'état de santé et l'incapacité de travail, ajoutant que selon le Dr K. _____ (rapport du 20 avril 2009) et les constatations médicales de la CNA, l'intéressé présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée. Il a renvoyé au calcul présenté dans son projet de décision s'agissant de la détermination du degré d'invalidité, précisant que le revenu d'invalidité devait être fixé de manière théorique, et a ajouté que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées.

Par décision du 14 août 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité du 1^{er} juin 2005 au 30 avril 2006, se référant aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision.

C. Par acte du 14 septembre 2009 de son mandataire, Q. _____ fait recours au Tribunal cantonal et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision du 14 août 2009 et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} juin 2009 (recte: 2005) et pour une période ultérieure au 30 avril 2006, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants.

L'assuré conteste l'évaluation de l'OAI et estime ne pas être en mesure de pouvoir exercer une activité lucrative compte tenu de son état de santé, se réservant le droit de déposer des pièces au sujet de son incapacité de travail et de ses limitations. Il fait valoir qu'une capacité de

travail n'est pas exigible de sa part dès le 1^{er} mai 2006, contrairement à ce que retient la décision attaquée. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale et ergothérapeutique afin d'évaluer sa réelle et concrète capacité de travail compte tenu de son état de santé ainsi que de ses limitations et capacités fonctionnelles.

Dans sa réponse du 19 octobre 2009, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il indique que, selon le Dr X._____ (rapport de la CNA du 11 janvier 2006), l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que, selon le Dr K._____ (expertise du 20 avril 2009), sa capacité de travail est de 100% sur le plan psychiatrique; ces rapports remplissent toutes les conditions permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

Le 12 avril 2010, le recourant relève que le rapport du Dr X._____ ne date que du 11 janvier 2006, de sorte que son actualité demeure sujette à caution, et qu'un complément d'instruction se justifie aux fins d'examiner toutes ses pathologies invalidantes, l'examen effectué par la CNA n'étant pas suffisant. Par ailleurs, il précise maintenir sa demande d'expertise médicale et thérapeutique.

En date du 23 avril 2010, l'OAI expose que les arguments du recourant ne permettent pas de modifier sa position et se réfère à la décision querellée ainsi qu'à son écriture du 19 octobre 2009.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes

à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 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 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

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

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

d) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans

les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_38/2007 du 8 avril 2008 consid. 3.2).

e) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid.

2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

3. Dans la décision attaquée, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} juin 2005 au 30 avril 2006, en raison d'un degré d'invalidité de 100%. Pour sa part, le recourant conclut en substance au maintien de son droit à la rente, pour la période subséquente au 30 avril 2006, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

a) S'agissant tout d'abord de la période durant laquelle la rente a été allouée, soit du 1^{er} juin 2005 au 30 avril 2006, on relèvera que le recourant a présenté une incapacité de travail totale depuis son accident à la main droite survenu le 14 juin 2004, attestée notamment par le Dr L. _____ (rapport du 12 mai 2005) et par le Dr X. _____ (rapport d'examen médical final du 11 janvier 2006), de sorte que c'est à bon droit que, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu à compter du 1^{er} juin 2005. Il reste donc à examiner la question de la suppression de cette rente pour la période postérieure au 30 avril 2006.

b) Sur le plan somatique tout d'abord, le recourant a été soumis à un examen effectué le 11 janvier 2006 par le Dr X. _____, médecin d'agence de la CNA, lors duquel ce médecin s'est référé aux pièces médicales versées au dossier, aux déclarations de l'assuré, à un examen clinique à la main droite de même qu'à l'épaule gauche, avant de retenir que l'assuré pouvait exercer à plein temps et sans aucune restriction une activité légère à hauteur de table ou d'établi, ne sollicitant pas trop le membre supérieur gauche. Le Dr X. _____ a notamment indiqué que l'épaule gauche était de plus en plus douloureuse, que les douleurs irradiaient vers la nuque et vers le bras et que l'assuré évoquait un gonflement et des douleurs des deux derniers doigts de la main droite, notamment de l'auriculaire. Objectivement, il a en particulier constaté que l'épaule gauche était souple mais paraissait très douloureuse à la mobilisation dès qu'on dépassait l'horizontale, que les signes du conflit étaient nettement positifs avec un arc douloureux caractéristique, que la mise sous tension du sus-épineux était douloureuse et que la force de serrage de la main droite avait un peu progressé tandis que celle de la

main gauche était moins bonne qu'avant. Dès lors, force est de constater que ce médecin a dûment pris en compte les douleurs ressenties par l'assuré, notamment à l'épaule gauche et à la main droite.

Pour sa part, le 30 novembre 2005, le Dr L._____ a relevé que les plaintes actuelles concernaient essentiellement l'épaule gauche et que les amplitudes fonctionnelles correspondaient à une abduction et une antépulsion actives complètes et symétriques avec des arcs douloureux à gauche au-dessus de la ligne des épaules, une douleur identique étant également signalée à droite mais uniquement dans les dix derniers degrés. Il a également signalé que les signes de conflit étaient toujours présents à gauche bien que peu marqués, très discrets à droite, le patient présentant effectivement des signes de conflit sous-acromial de l'épaule gauche sur une petite déchirure partielle du sus-épineux documentée par une IRM du 7 juin 2004, ajoutant qu'à droite, il persistait encore des séquelles d'une contusion directe de cette épaule avec souffrance acromio-claviculaire et plus modérée du sus-épineux. Le Dr L._____ a ensuite réfuté l'indication d'une opération chirurgicale, relevant l'opportunité d'un recyclage professionnel et évoquant la possibilité d'une activité adaptée, en fonction des douleurs. Ce médecin n'a donc pas exclu que l'assuré pût présenter une capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un rapport d'examen SMR du 12 juin 2006, le Dr N._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de status après fracture intra-articulaire de l'auriculaire droit et de syndrome de la coiffe des rotateurs bilatéral, prédominant à gauche, une incapacité de travail durable depuis le 14 juin 2004 ainsi qu'une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: port de charges de plus de 8kg; mouvements des épaules au-dessus de l'horizontale; épargne relative du membre supérieur gauche; mouvements en force de la main droite. Le 25 avril 2008, la Dresse W._____ a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs de sa main droite et qu'il n'y avait aucune indication pour une amputation ni aucune proposition chirurgicale pour le moment.

Le 3 juin 2008, le Dr I._____ a notamment posé les diagnostics de conflit sous acromial sur lésion stade III sus-épineux (épaule gauche) et arthroplastie acromio-claviculaire (chute sur un chantier), de lésion auriculaire droit et de trouble anxio-dépressif, suspectant une chronicisation de la situation, retenant un mauvais pronostic et suggérant une évaluation de la capacité de travail résiduelle. Enfin, le Dr A._____, en date du 15 septembre 2008, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales plus marquées à gauche, puis retenu des plaintes de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche d'évolution chronique, relevant notamment qu'une discrète tendinopathie de la coiffe des rotateurs ne pouvait être formellement exclue et qu'il existait des signes évoquant une polyinsertionite.

A la lecture de ces pièces médicales, on retiendra que les principales atteintes à la santé de l'assuré du point de vue somatique, soit aux épaules (notamment à gauche) et à la main droite entravent certes sa capacité de travail dans son ancienne activité de maçon mais qu'elles ne l'empêchent pas d'exercer à plein temps une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont précisément été décrites par le Dr X._____ et par le médecin du SMR, le Dr N._____. On relèvera qu'aucun des médecins consultés n'a nié que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr I._____, dans des explications sommaires et quelque peu confuses, a simplement suggéré une évaluation de la capacité de travail résiduelle, sans faire part de son appréciation à ce sujet (rapport du 3 juin 2008), le Dr L._____ n'a pas exclu la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée en fonction des douleurs (rapport du 30 novembre 2005) tandis que les Drs W._____ et A._____ ne se sont pas référés à la capacité de travail résiduelle. Les avis des médecins traitants de l'assuré doivent en outre être appréciés avec les réserves d'usage par rapport, notamment, à l'appréciation circonstanciée et détaillée du Dr X._____, qui relate de façon complète l'état de santé de l'assuré, en particulier compte tenu des douleurs ressenties à l'épaule gauche et à la main droite. Si l'avis de ce médecin de la CNA date de 2006, il ne s'agit pas d'une circonstance propre à remettre en cause sa valeur probante; il s'agit en

effet d'un rapport d'examen final, établi alors que l'état de santé du recourant était considéré comme stabilisé. En outre, il n'y a pas d'élément objectif nouveau justifiant une aggravation de l'état de santé de l'assuré et, alors qu'il l'avait pourtant annoncé, le recourant n'a pas déposé de pièce médicale qui ferait état d'une détérioration de son état de santé physique.

Au demeurant, le rapport du Dr X. _____ comporte une anamnèse complète - notamment en relatant le déroulement des accidents dont a été victime l'assuré ainsi que les différents traitements entrepris -, se base sur l'ensemble des pièces médicales au dossier ainsi que sur des examens précis et détaillés de l'épaule gauche et de la main droite de l'examiné, en tenant compte des plaintes subjectives, puis se fonde ensuite sur une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions convaincantes et dûment étayées, de sorte qu'il répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra donc avec le Dr X. _____, dont l'avis sur ce point est rejoint par le Dr N. _____ du SMR et que rien au dossier ne permet d'infirmier, que l'assuré présente du point de vue somatique, depuis le 11 janvier 2006, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Du point de vue psychique, le 3 juin 2008, le Dr I. _____ a mis en évidence un trouble anxio-dépressif réactionnel, à évaluer, suspectant un possible trouble de la personnalité. Dans son expertise, requise par le SMR, du 20 avril 2009, le Dr K. _____ n'a pas retenu de diagnostic avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, ni aucune limitation sur les plans psychique, mental et social, la capacité résiduelle de travail étant totale sans diminution de rendement et le degré d'incapacité de travail ayant toujours été nul. Dans son appréciation du cas, ce spécialiste a retenu que l'assuré ne présentait pas de personnalité pathologique selon les classifications psychiatriques reconnues (CIM, DSM), en l'absence de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis

l'adolescence au plus tard, avant de retenir que les critères généraux pour la présence d'une personnalité pathologique faisaient défaut, un trouble spécifique de la personnalité devant donc également être exclu. Il s'est ensuite écarté du diagnostic de trouble anxio-dépressif réactionnel posé par le Dr I._____, en raison notamment de l'absence de suivi psychiatrique ainsi que de traitement antidépresseur et d'anxiolytique, puis en raison d'une symptomatologie dépressive et anxieuse réduite, disparate et non incapacitante, ne permettant pas de retenir un épisode dépressif même de degré léger ni même une dysthymie. A ce sujet, il s'est référé à l'absence de tristesse franche, de diminution de l'élan vital, d'abattement, d'anhédonie, de perte de l'énergie, d'autoreproches excessifs ou inappropriés et d'idéation suicidaire. Sur le plan cognitif, le Dr K._____ n'a pas objectivé de troubles de la concentration et de la mémoire, puis a expliqué que l'anxiété de l'assuré n'était pas incapacitante en ce sens qu'elle n'était pas psychiquement déstructurante, relevant ensuite une différence entre les plaintes subjectives et l'observation clinique.

Compte tenu des arguments, en l'occurrence convaincants et fouillés, du Dr K._____, on retiendra que l'assuré ne présente pas de diagnostic ni d'incapacité de travail du point de vue psychique. On s'écartera donc de l'avis, peu étayé et quelque peu confus, du Dr I._____, qui est médecin généraliste et non psychiatre et dont l'avis est infirmé de façon documentée et méticuleuse par l'expert. Au surplus, le rapport d'expertise du Dr K._____ se fonde sur une anamnèse détaillée, relate de façon précise les plaintes de l'assuré, décrit un status psychiatrique complet ainsi qu'une appréciation du cas claire et des conclusions convaincantes et dûment motivées, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors, avec l'expert - dont les conclusions sont reprises par le SMR (avis médical du 11 mai 2009 du Dr D._____) - on retiendra que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

d) Enfin, du point de vue de la problématique du trouble somatoforme douloureux, le Dr A._____ a, le 15 septembre 2008, retenu

que le tableau clinique évoquait avant tout un syndrome douloureux chronique de type somatoforme, à préciser éventuellement dans le cadre d'une évaluation psychiatrique. A ce sujet, dans son expertise du 20 avril 2009, le Dr K. _____ a indiqué que l'assuré présentait effectivement des douleurs persistantes, précisant que ces dernières étaient qualifiées d'intenses mais qu'elles n'étaient pas accompagnées d'un comportement algique (grimaces, soupirs, prise d'appui avec les coudes sur le bureau, déambulation dans la pièce) et qu'il n'y avait pas non plus à proprement parler de sentiments de détresse mais une inquiétude. Tout en admettant que les douleurs n'étaient pas entièrement expliquées par une atteinte somatique, l'expert a ajouté qu'elles ne constituaient pas en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré, précisant à ce sujet que le quotidien de ce dernier - dont les préoccupations étaient avant tout d'ordre financier - n'était pas organisé en fonction des douleurs. Le Dr K. _____ en a déduit que plusieurs critères essentiels du syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas vérifiés ou insuffisamment marqués.

Sur ce point également, l'avis du Dr K. _____, présenté de façon convaincante et dûment étayée, emporte conviction. On ajoutera à cela que l'intéressé ne présentant aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, on ne saurait parler de comorbidité psychiatrique. Pour le surplus, s'agissant des autres critères en la matière, l'expert a mis en évidence une sociabilité conservée - de sorte qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie - et a constaté une différence entre les plaintes rapportées et les constatations objectives, l'intéressé ayant tendance à répondre systématiquement par l'affirmative aux questions concernant la présence de symptômes dépressifs ou anxieux (notamment quant à l'allégation d'un sentiment de désespoir, non vérifié objectivement selon l'expert). Ainsi, à l'aune des critères en la matière (ATF 132 V 65 consid. 4.2), on retiendra que l'assuré ne présente pas d'invalidité en raison d'un trouble somatoforme douloureux, au cas où cette affection devait être retenue, ce qui n'est pas le cas au vu des explications détaillées du Dr K. _____.

4. a) En conséquence, du point de vue médical, à compter de janvier 2006, soit depuis que le rapport d'examen médical final du 11 janvier 2006 du Dr X._____ a été rendu, on retiendra que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan physique, de sorte que l'exercice à plein temps d'une activité légère simple et répétitive tel que retenu par l'enquête suisse sur la structure des salaires est pleinement exigible de sa part. Le recourant ne remet pas en cause le calcul de l'invalidité, qui a été effectué en respectant les règles légales et jurisprudentielles à ce sujet; l'abattement de 10% du revenu d'invalidité apparaît en outre équitable au vu du dossier et n'est pas arbitraire (ATF 126 V 75 consid. 3-5; TF I 925/06 du 26 novembre 2007). Ce calcul aboutit à un degré d'invalidité de 29.01%, qui ne donne donc plus droit à la rente.

b) Il y a donc eu modification des circonstances propres à entraîner la suppression, par voie de révision au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 avril 2006, soit après un délai de trois mois d'amélioration de l'état de santé du recourant (art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201).

Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée rendue par l'OAI confirmée. La cause étant suffisamment instruite pour être jugée, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à un complément d'instruction sur le plan médical.

5. 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 400 fr., vu l'ampleur de la procédure et conformément à l'avance de frais effectuée par ce dernier.

b) Vu l'issue du litige, il n'y a par ailleurs 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 14 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant Q._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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