

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Jomini et Mme Röthenbacher
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à Chavornay, recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant suisse d'origine serbe né en 1959, arrivé dans ce pays en 1980, sans formation professionnelle, marié et père de 3 enfants (nés respectivement en 1986, 1989 et 1992), a subi en 2000 une arthroscopie du genou gauche pour déchirure méniscale externe avec kyste méniscal. L'année suivante, une arthroscopie du genou droit a été pratiquée, pour déchirure du ménisque externe.

Sous l'angle professionnel, l'intéressé travaillait depuis le 17 juin 1985 en tant que chauffeur-livreur pour le compte de la Blanchisserie J. _____ SA. Son employeur l'a licencié pour cause de restructuration avec effet au 31 octobre 2001. En raison d'un épisode de lombalgies aiguës en octobre 2001, le délai de congé a été prolongé jusqu'au 4 février 2002. Par la suite, l'intéressé n'a plus repris d'activité lucrative.

Sur le plan familial, on notera que l'épouse de l'intéressé est bénéficiaire d'une rente de l'assurance-invalidité (AI) en raison de troubles psychiques, et que son fils cadet souffre d'une infirmité congénitale sous la forme d'une parésie du plexus brachial gauche.

B. En date du 21 février 2002, l'assuré a glissé et est tombé dans sa salle de bain, occasionnant une rupture transfixiante du sus-épineux droit, traitée conservativement.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans ce contexte, l'intéressé a séjourné du 11 septembre au 22 octobre 2002 à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique L. _____). Les médecins de cet établissement ont retenu qu'il disposait d'une capacité de travail de 50% depuis le 23 octobre 2002, et ont posé un diagnostic primaire de «*[r]éadaptation orthopédique (Z 50.1)*» et des diagnostics

secondaires de douleur de l'épaule droite persistante (M 75.8), de rupture partielle du tendon du sus-épineux traitée conservativement, et de troubles de l'adaptation avec réactions mixtes, anxieuses et dépressives (F 43.22) (cf. rapport du 26 novembre 2002 des Drs V._____ et W._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au Service de réadaptation générale de la Clinique L._____).

Aux termes d'un compte-rendu du 22 janvier 2003, le Dr X._____, médecin-conseil de la CNA, a considéré que pour les seules suites de l'accident du 21 février 2002, l'activité antérieure pourrait être reprise dans une large proportion, une pleine capacité de travail étant sans autre exigible dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur d'établi.

Par décision du 23 octobre 2003, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2003, fondée sur une incapacité de gain de 18%, en raison des séquelles de l'accident du 21 février 2002. En outre, l'assureur-accidents a alloué à l'intéressé une indemnité de 5'340 fr. pour atteinte à l'intégrité de 5%.

C. **a)** En date du 14 février 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Sous la rubrique «*maladie*», il a mentionné des douleurs à la nuque, des vertiges, une dépression, des problèmes de sciatique et des douleurs aux deux genoux, atteintes ayant causé une incapacité de travail à 100% du 10 janvier au 27 février 2000, du 25 octobre au 5 novembre 2000 et du 9 octobre 2001 au 14 janvier 2002. Il a également fait état de troubles d'origine accidentelle, à savoir des douleurs avec impotence à l'épaule droite ayant engendré les périodes d'incapacité de travail suivantes : 100% du 8 mars au 15 mai 2002, 50% du 16 mai au 4 juin 2002, 100% du 5 juin au 22 octobre 2002, et 50% depuis le 23 octobre 2002.

b) Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 10 mars 2003, le Service du personnel de la Blanchisserie J._____ SA a

notamment indiqué que sans atteinte à la santé, le salaire mensuel de l'assuré se serait chiffré à 4'530 fr.

c) Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la Dresse S._____, psychiatre traitante de l'intéressé, a fait part de ses observations dans un rapport du 5 mai 2003. Elle a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'épisode dépressif modéré sans symptômes psychotiques (F 32.1.10) depuis fin 2001. Elle a précisé que l'assuré se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 21 janvier 2003, que son état de santé était stationnaire, mais que le pronostic était incertain.

Aux termes d'un compte-rendu daté des 19 et 20 mai 2003, le Dr Q._____, médecin généraliste traitant de l'intéressé, a diagnostiqué les atteintes suivantes avec impact sur la capacité de travail : omalgies droites persistantes chroniques après rupture de la coiffe des rotateurs (depuis le 21 février 2002), céphalées de tension (depuis l'été 2002), lombo-sciatalgies droites chroniques (depuis août 2002), gonalgies gauches chroniques avec status après déchirure du ménisques externe (depuis septembre 2000) et état anxio-dépressif chronique (depuis décembre 2001). S'agissant des troubles ne se répercutant pas sur la capacité de travail, il a notamment signalé un déficit vestibulaire périphérique droit (depuis décembre 2001). Il a précisé que l'intéressé présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 21 février 2003 pour une durée indéterminée, et a considéré que ce dernier n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative. Il a ajouté que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire, tout en émettant un pronostic défavorable compte tenu du manque d'amélioration des différents problèmes médicaux et de l'état anxio-dépressif. Il a notamment produit un bilan otoneurologique effectué le 19 décembre 2002 par le Dr D._____, oto-rhino-laryngologue et chirurgien cervico-facial, concluant à des anomalies des voies auditives du tronc cérébral à droite, ainsi qu'à un déficit vestibulaire périphérique droit.

Le 4 octobre 2004, l'assuré a été convoqué au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), où il a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire réalisé par les Drs H._____, chirurgien orthopédiste, et E._____, signant sous le titre de psychiatre FMH. Dans leur rapport du 7 octobre suivant, ces derniers ont notamment relevé ce qui suit :

"DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- **DOULEURS ET RAIDEURS DE L'ÉPAULE DROITE SUITE À UNE DÉCHIRURE ISOLÉE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX.**
- **LOMBOSCIATALGIES IRRITATIVES À GAUCHE.**
- **SYNDROME ROTULIEN BILATÉRAL.**
- **CERVICALGIES SUR TROUBLES DÉGÉNÉRATI[F]S DÉBUTANTS.**

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- **HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN TRAITEMENT.**
- **SYNDROME VERTIGINEUX SUR VESTIBULOPATHIE RÉCURRENTE À DROITE, D'ORIGINE PROBABLEMENT VIRALE.**
- **ANOMALIE DES VOIES AUDITIVES DU TRANS-CÉRÉBRAL À DROITE.**

APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS

L'assuré se plaint de lombosciatalgies à gauche depuis printemps 2001, de cervicalgies, des douleurs au niveau de l'épaule droite suite à une chute survenue en février 2002. [...] il y a une discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives cliniques radiologiques. L'assuré a une attitude théâtrale durant l'examen et on reste avec l'impression que l'assuré exagère ses symptômes. Lors de l'interrogatoire, on observe que le patient met son bras droit à 45° d'abduction mais lors de l'examen de l'épaule, l'abduction n'était pas supérieure à 20°. Lors de l'examen neurologique, l'assuré décrit une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche qui ne correspond à aucun dermatome. [...]

[...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique et dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique.

[...]

Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune maladie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière.

Les limitations fonctionnelles

En raison de la lésion du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, l'assuré ne doit pas travailler avec les bras plus hauts que l'horizontal et ne doit pas porter d'objets lourds supérieurs à 15 kg.

En raison de lombosciatalgies à gauche, l'assuré doit avoir un travail sédentaire ou semi sédentaire dans lequel il puisse alterner la position assise avec la position debout. Il doit éviter de porter des objets lourds d'un poids supérieur à 15 kg, il doit éviter les travaux en port[e]-à-faux ou penché en avant.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? 21.02.2002 à 100% comme chauffeur. Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? [N]'a pas travaillé depuis sa chute du 21.02.2002 Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, en conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail exigible de 100% dans toutes activités.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 30% DANS L'ACTIVITÉ DE CHAUFFEUR-LIVREUR (SUR LE PLAN SOMATIQUE).

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%."

Dans un rapport d'examen SMR du 25 octobre 2001 [recte : 2004] se référant aux conclusions des Drs H._____ et E._____, les Drs T._____ et G._____ ont retenu les atteintes principales à la santé de lombosciatalgies irritatives gauches, de douleurs et raideur de l'épaule droite sur déchirure du tendon sus-épineux, et de cervicalgies sur troubles dégénératifs débutants. Ils ont en outre considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 30% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Estimant que l'intéressé ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, ils ont mentionné les limitations orthopédiques suivantes : *«pas d'élévation de l'épaule droite au-delà de l'horizontale, pas de port d'objet d'un poids supérieur à 15 kg. Nécessité d'alterner les positions assise et debout, pas de travail en porte-à-faux ou penché en avant»*.

d) Par décision du 20 avril 2005 confirmée sur opposition le 12 juin 2006, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré. Pour l'essentiel, l'office a retenu que si celui-ci ne pouvait plus exercer son

métier de chauffeur qu'à 30%, il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Procédant à une analyse théorique du cas, l'OAI a considéré que l'intéressé ne subissait aucun préjudice économique compte tenu d'un revenu sans invalidité de 49'248 fr. et d'un revenu avec invalidité - calculé sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) - de 52'025 fr.

e) Le 14 juillet 2006, l'intéressé a déféré la décision précitée par-devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TASS), concluant à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une rente AI entière, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction. A titre préalable, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire visant à l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. Dans le cadre de ce recours, l'intéressé a notamment produit un compte-rendu de la Dresse S._____ du 20 novembre 2006, constatant une aggravation de l'état dépressif (épisode actuel sévère) depuis le 30 août 2006, ayant conduit à une incapacité de travail de 100%.

Interpellée par l'OAI, la Dresse S._____ a confirmé, le 2 avril 2007, l'aggravation des troubles psychiques de l'assuré. Elle a relevé que ceux-ci étaient caractérisés par un fort abaissement de l'humeur, une fatigue chronique, un sentiment d'angoisse, une forte nervosité, une perte de la confiance en soi, des idées de culpabilité de ne pouvoir améliorer la qualité de vie de sa famille, des troubles du sommeil et une attitude pessimiste face à l'avenir. Elle a estimé que le pronostic était incertain quant à une amélioration de l'état psychique, et qu'il était mauvais s'agissant de la reprise d'une quelconque activité lucrative compte tenu des problèmes somatiques qui engendraient un état algique chronique.

Par jugement du 5 septembre 2007 (AI 132/06 - 282/2007), le TASS a annulé la décision attaquée pour des motifs formels, à savoir qu'au moment de l'examen bidisciplinaire du SMR du 4 octobre 2004, la Dresse E._____ n'était pas titulaire des titres de psychiatre FMH dont elle se

prévalait, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Aussi la cause a-t-elle été renvoyée à l'OAI pour que cet office ordonne une expertise psychiatrique, puis rende une nouvelle décision.

f) Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie. Ce dernier a fait part de ses observations dans un rapport du 26 mai 2008, dont il ressort notamment ce qui suit :

"VII. Discussion :

[...]

Si nous reprenons la biographie de l'assuré, il y a tout d'abord à remarquer qu'il n'y a aucune problématique personnelle-psychique particulière. L'assuré est issu d'une famille simple d'agriculteurs de Serbie. Il a fait une formation scolaire basique de 8 ans, il est devenu aide-maçon, il a fait un service militaire complet et a pu s'insérer en Suisse dès l'âge de 21 ans comme ouvrier en bâtiment et chauffeur-livreur. Il existe pour tout ce parcours une très bonne linéarité et aucune notion de défaillance psychique.

L'équilibre du couple est mis à l'épreuve avec la naissance de leur deuxième fils en 1989 et l'assuré accuse jusqu'à aujourd'hui le gynécologue en question d'une faute médicale; il aurait tiré l'enfant dehors par le bras, contrairement à une césarienne annoncée. Il nous explique aussi la maladie dépressive de son épouse comme réaction à cet événement et il existe jusqu'à aujourd'hui un fort sentiment d'injustice et indirectement de revendication d'une part par rapport à l'événement même, d'autre part par rapport aux « *promesses non tenues* » de la part de l'assurance[-]invalidité.

Il n'est pas [exclu] qu'il existe un conditionnement de couple dans une vision d'invalidité, sa femme, suivie par le même psychiatre, touchant une rente AI pour raisons psychiques.

En ce qui concerne son propre état psychique, l'assuré nous explique un état de mal-être global avec de la nervosité, manque de force, tensions, déception, symptômes neurovégétatifs, démotivation et impossibilité de se projeter activement dans l'avenir. Tout ceci correspond d'ailleurs dans les grandes lignes à ce qu'il a déjà exposé aux autres médecins et en particulier au service de réadaptation.

Nous avons examiné l'assuré ensemble avec un interprète professionnel. Contrairement aux notions de son psychiatre, nous avons constaté une bonne mobilité cognitive, un état éveillé, observant, un focus partagé, dans les affects certes soucieux, dysphorique, amer, morose, mais sans notion de tristesse et sans diminution de l'énergie vitale. Dans les contenus, il nous a frappé par un positionnement passif où il argumente constamment des personnes tierces pour ses problèmes, facilement en position de victime et dans une conviction arrêtée d'être sérieusement dysfonctionnel et handicapé.

Nous avons relevé d'importantes contradictions, notamment corporelles : figé dans une attitude quasi bloquée de son bras droit, il a par la suite ensuite spontanément activé ce membre, tout à fait contrairement à ses allégations et finalement proche de ce qui avait déjà été constaté antérieurement par d'autres observateurs. Une majoration de symptômes physiques est ainsi évidente.

Dans l'ensemble, les éléments dysphoriques ne sont pas identiques à ce qui est nommé dépressif dans le sens clinique du terme. Voici notre argumentation :

CRITÈRES CIM-10 d'un TROUBLE DÉPRESSIF

<p>Critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, chapitre F 32, critères pour recherche, édités par l'OMS</p> <p>Conditions de base : G1 : épisode doit persister au moins deux semaines G2 : absence de critères maniaques ou hypomaniaques G3 : pas de substance psycho-active, pas de trouble mental organique</p> <p>Entre parenthèses les critères du système AMDP cité, correspondants au plus près</p>		
Critère	Définitions	Observations pour l'expertis(é) en question
B1	Abaissement de l'humeur (tristesse), inhabituel, nettement anormal, toute la journée, chaque jour, <u>sans influence des circonstances</u> (AMDP : 63)	Non, il existe un état fluctuant entre dysphorie et normalité
B2	Diminution <u>constante</u> et <u>marquée</u> de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables (AMDP : pas d'équivalent direct)	Diminution décrite, mais il existe un certain nombre d'activités
B3	Perte de l'énergie, grande fatigabilité, <u>diminution nette</u> des activités habituelles (AMDP : 62, 80, 81, R 12)	Peu de diminution d'énergie vitale, pas de fatigabilité observée
C1	<u>Perte</u> de l'estime de soi et de la confiance en soi (AMDP : 71)	Probablement diminution de l'estime
C2	Sentiments injustifiés de culpabilité ; culpabilité <u>excessive</u> ou <u>inappropriée</u> (AMDP : 73)	Non
C3	Pensées récurrentes mort ou idées suicidaires ; comportement suicidaire (AMDP : 46, 95)	Non
C4	<u>Diminution aptitude</u> à penser ou se concentrer (AMDP : 11, 12)	Non
C5	Modification psychomotricité ; agitation ou ralentissement (<u>signalée</u> ou <u>observée</u>) (AMDP : 80-84)	Tension signalée, en observation légère
C6	Perturbation du sommeil <u>importante</u> (AMDP : échelle somatique 101-105)	Perturbation moyenne signalée
C7	Diminution de l'appétit (poids) <u>significatif</u>	Non

(AMDP : échelle somatique 106)		
Classification des dépressions selon gravité		
Dépression légère	2 critères B	Total au moins 4
Dépression moyenne	2 critères B	Total au moins 6
Dépression grave	3 critères B	Total au moins 8
Résumé, conclusions : Le niveau de dépression légère n'est pas atteint		

Il en ressort ainsi que nous nous trouvons à la limite dans un registre dysthymique (éventuellement analogique à la notion de dysphorie), mais nullement dans un état dépressif comme défini.

Notre dosage médicamenteux a montré que l'assuré ne prend pas l'antidépresseur prescrit. Sa non observance enlève ici une bonne partie de la discussion.

Nous n'avons pas non plus trouvé d'autres éléments pathologiques ; la partie anxieuse est non spécifique et modérée, les éléments colériques contenus. Il reste ainsi surtout la notion d'une fixation mentale sur son handicap ainsi que des éléments comportementaux.

VIII. Diagnostic et conclusions :

En conclusion et avec l'ensemble de nos arguments avancés, nous retenons sur le plan diagnostique les notions de

- 1. Dysthymie** (34.1 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CM-10),
- 2. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et probablement sociales)**, (F68.0 dans CIM-10).

Comme expliqué auparavant, nous utilisons ce terme en analogie pour désigner l'état de morosité, d'anhédonie, de goût amer de la vie, d'irritabilité, d'agressivité réactive, de mécontentement, d'attitude d'opposition que l'assuré présente.

Cette entité diagnostique ne donne pas lieu à retenir une incapacité de travail, tout au plus, elle est susceptible de conditionner une difficulté d'adaptation voire de réinsertion ou bien de commencement dans une autre activité. Sa valeur n'est ainsi que transitoire et dans une diminution de rendement. Elle ne dépasse pas un 20%."

Par avis médical SMR du 30 juin 2008, le Dr C._____ a estimé que les conclusions du Dr N._____ étaient médicalement probantes, et qu'elles concordaient avec celles de la Dresse E._____ tout en s'écartant de l'appréciation de la Dresse S._____. Cela étant, il a considéré que la position exposée dans le rapport d'examen SMR du 25 octobre 2004 devait être maintenue.

Dans un rapport du 23 février 2009, le Dr Q._____ a signalé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'omalgies droites chroniques après rupture partielle du tendon sus-épineux traitée conservativement avec hypomobilité secondaire (M75.8) depuis février 2002, de troubles de l'adaptation avec réaction mixtes anxieuses et dépressives (F43.22) depuis 2001, de cervicalgies, lombalgies et sciatalgies chroniques (discopathies C5-C6) depuis 2001, et de vertiges d'origine centrale et périphérique dès 2001. Il a souligné que l'assuré présentait une intolérance au stress même minime, et qu'il était incapable d'effectuer le moindre effort, d'utiliser son membre supérieur droit et sa main droite dominante, et de rester sur place ou de se déplacer sur de relativement courtes distances. Il a ajouté que l'intéressé se trouvait dans un état stationnaire, et que le pronostic était défavorable au vu de la persistance et de la stabilité des plaintes. Enfin, il a estimé que l'ancien métier de chauffeur n'était plus exigible et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail; il a toutefois mentionné que l'intéressé pouvait travailler 2 à 3 heures par jour, avec un taux de performance de 50%, dans une activité lui permettant d'alterner les stations assise et debout mais évitant le travail en position penchée, avec les bras au-dessus de la tête, à genoux ou accroupi, et sans port de charges ni utilisation d'une échelle ou d'un échafaudage, étant souligné qu'il fallait également tenir compte d'une limitation des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance.

g) En date du 16 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Se fondant sur l'expertise du Dr N._____, considérée comme probante, l'office a retenu que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%. Cela étant, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un salaire mensuel de 4'616 fr. en 2003 (selon l'ESS de 2003, dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé [production et services), et compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2003 (41,7

heures), et d'une diminution de rendement de 20%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel avec invalidité de 46'196 fr. 93. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 54'360 fr., mettait en évidence une perte de gain de 8'163 fr. 07, ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 15%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

L'intéressé a fait part de ses objections par acte du 1^{er} mai 2009, rédigé par son mandataire. En substance, il a fait valoir que les constatations de l'expert N. _____ divergeaient des conclusions de la Dresse S. _____, et a allégué que ses troubles somatiques et psychiques justifiaient le versement d'une rente AI.

h) Dans un rapport du 20 juillet 2009, la Dresse S. _____ a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent (F 33) depuis 2003, à l'origine d'une entière incapacité de travail depuis le 30 août 2006. Elle a précisé que la situation n'avait pas évolué depuis son précédent rapport du 26 mars 2007, étant souligné que l'intéressé n'avait pratiquement plus de contact avec les autres. Elle a considéré que le pronostic était mauvais quant à une amélioration de l'état de santé psychique, et qu'une reprise d'une quelconque activité lucrative était exclue.

i) Entre-temps, le 7 mai 2009, l'assuré s'est blessé au 5^{ème} doigt de la main gauche alors qu'il portait un sac à commissions. Pris en charge à la Clinique Z. _____, il y a été opéré le 5 juin 2009 pour une rupture fermée du fléchisseur profond de l'auriculaire gauche, puis le 14 août 2009 pour un transfert d'un hémi-fléchisseur profond de l'annulaire sur l'auriculaire, une tenolyse du moignon distal du fléchisseur profond et une ouverture du ligament annulaire antérieur du carpe.

Dans un rapport du 12 octobre 2009, la Dresse K. _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main à la Clinique Z. _____, a mentionné que la rupture du fléchisseur profond de l'auriculaire gauche était incapacitante et engendrait une importante

limitation de la fonction de l'auriculaire et de l'annulaire. Elle a signalé que l'assuré bénéficiait d'un suivi en ergothérapie, qu'il ne pouvait exercer son métier habituel *«en l'état actuel des choses»*, que l'on ne pouvait escompter une reprise de l'activité professionnelle ou une amélioration de la capacité de travail car une nouvelle intervention serait peut-être nécessaire, et que l'intéressé devait en tous les cas éviter les travaux en position uniquement assise ou requérant de monter sur une échelle ou un échafaudage, le port de charges pouvant également s'avérer difficile selon le type d'objet. Dans un constat du 27 octobre suivant, elle a ajouté que l'intéressé présentait également une lésion de la coiffe des rotateurs droite traumatique inopérable. Enfin, le 11 décembre 2009, la Dresse K. _____ a observé une évolution vers une algodystrophie de l'annulaire et de l'auriculaire gauches avec une très mauvaise récupération de la fonction de ces deux doigts, ce qui plaidait à l'encontre d'un traitement chirurgical; quant au suivi en ergothérapie, il avait lieu une fois tous les 15 jours afin d'éviter *«une régression de la fonction»*.

Dans un avis médical SMR du 2 février 2010, le Dr C. _____ a retenu, sur la base des constatations de la Dresse K. _____, qu'il existait une incapacité de travail totale comme chauffeur de poids lourds depuis le 7 mai 2009, mais que la situation devait être considérée comme stabilisée au plus tard trois mois après la dernière intervention, à savoir le 6 septembre 2009. A partir de cette date, l'exigibilité était à nouveau complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles admises selon le rapport du SMR du 25 octobre 2004, et n'exigeant pas la préhension en force de la main gauche, dont les trois premiers doigts étaient préservés.

j) Par décision du 13 avril 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 mars 2009.

Dans une lettre explicative du même jour, l'office a relevé que l'expertise du Dr N. _____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Concernant l'atteinte à l'auriculaire gauche, l'OAI s'est rangé à l'opinion du SMR, selon laquelle ce trouble justifiait une diminution de la

capacité de travail d'environ trois mois. Il a toutefois souligné que l'incapacité de travail en relation avec ce trouble ne pouvait ouvrir le droit à la rente, dès lors que *«[l]e degré d'invalidité de 15%, présenté auparavant, en étant inférieur à 20%, ne [...] permet[ait] pas de calculer une invalidité moyenne»*.

D. **a)** Agissant par son mandataire, l'assuré a recouru le 12 mai 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Préalablement, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire visant à évaluer sa capacité résiduelle de travail. Sur le fond, il fait valoir qu'il présente de nombreuses limitations fonctionnelles, qu'il consulte régulièrement ses médecins traitants pour ses troubles physiques et psychiques, et que ces derniers estiment qu'il n'est pas en mesure de travailler. Par ailleurs, il relève que la CNA lui a octroyé une rente fondée sur un degré d'invalidité de 18% en raison de ses seules atteintes à l'épaule droite. Invoquant ses autres affections, notamment au niveau des genoux et des vertèbres cervicales ainsi que sur le plan psychiatrique, il en déduit que l'OAI n'a pas suffisamment investigué sa situation. Il reproche en outre à l'office de considérer comme entièrement exigible l'exercice d'une activité adaptée, en dépit de l'invalidité reconnue par la CNA. Enfin, il allègue que sa situation s'est aggravée depuis le jugement du TASS du 5 septembre 2007, au point que la reprise d'une activité professionnelle n'est aujourd'hui plus envisageable.

b) Dans sa réponse du 30 juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant à sa décision du 13 avril 2010 et à sa lettre explicative du même jour. Pour le surplus, l'office observe que le taux d'invalidité fixé par la CNA est proche de celui retenu dans le cadre de la présente procédure, étant relevé du reste qu'un degré d'invalidité de 18% ne saurait fonder le droit à une rente AI.

c) Répliquant le 27 septembre 2010, l'assuré a maintenu ses conclusions. Pour l'essentiel, il souligne l'aggravation de son état de santé, et soutient qu'au vu des affections s'ajoutant à ses troubles de l'épaule droite, un degré d'invalidité supérieur à celui de 18% fixé par la CNA doit lui être reconnu. Il produit, entre autres, divers certificats d'arrêt de travail à 100% rédigés par les Drs Q. _____, S. _____ et K. _____ en 2010.

d) Par duplique du 12 octobre 2010, l'intimé a confirmé sa position.

e) Dans ses déterminations du 21 février 2011, le recourant a insisté sur ses conclusions. Il a notamment produit deux certificats d'arrêt de travail à 100% établis par la Dresse K. _____ les 3 novembre 2009 et 4 novembre 2010.

f) Par acte du 3 mars 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions, tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 autres 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) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'AI.

3. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à la rente doit être examiné après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; à partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur

pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

4. 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 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI).

b) 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 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 (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 légitime 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).

c) Il convient de tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Il en va ainsi dans le cadre de la présente procédure, la CNA ayant circonscrit son examen aux séquelles de l'accident du 21 février 2002, alors que l'OAI a étendu son analyse jusqu'à la date déterminante de la décision attaquée.

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

b) 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Plus particulièrement, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). En revanche, 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. Le recourant fait valoir qu'il présente des atteintes physiques et psychiques en raison desquelles il ne peut réintégrer le marché du travail.

a) Sur le plan somatique, l'intéressé a été examiné par le Dr H._____ dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire réalisée au SMR le 4 octobre 2004. A noter que les irrégularités d'ordre formel ayant amené le TASS à dénier toute valeur probante au volet psychiatrique de cette expertise - la Dresse E._____ ne pouvant se prévaloir des titres idoines et n'étant pas autorisée à pratiquer selon le droit cantonal (cf. jugement du 5 septembre 2007, let. C.e supra) - ne sont pas de nature à entamer le bien-fondé des conclusions du Dr H._____, lequel disposait des titres et autorisations de pratiquer nécessaires lors de l'examen de l'assuré.

Ce praticien a retenu les diagnostics incapacitants de douleurs et raideurs de l'épaule droite suite à une déchirure isolée du tendon du sus-épineux, de lombosciatalgies irritatives gauches, de syndrome rotulien bilatéral, et de cervicalgies sur troubles dégénératifs débutants. Il a estimé que l'intéressé était à même d'exercer sa profession habituelle à un taux de 30%, et conservait une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à son épaule droite (pas de travail avec les bras plus hauts que l'horizontal et pas de port de charge de plus de 15 kg) et à ses lombosciatalgies gauches (nécessité d'un travail sédentaire ou semi-sédentaire permettant une alternance des positions assise et debout, sans port de charge de plus de 15 kg et sans travaux en porte-à-faux ou penché en avant).

Certes, ce rapport remonte au mois d'octobre 2004. Il demeure malgré tout pertinente, dans la mesure où le Dr Q._____ a signalé, le 23 février 2009, que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire.

Il ne se trouve par ailleurs au dossier aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions du Dr H._____, corroborées par les rapports d'examen du SMR des 25 octobre 2004 et 30 juin 2008. Du reste,

il apparaît que le médecin-conseil de la CNA le Dr X._____ a également considéré – certes, en limitant son appréciation aux séquelles de l'accident du 21 février 2002 – que l'intéressé était à même d'exercer une activité adaptée à temps complet (cf. rapport du 22 janvier 2003; cf. également décision de la CNA du 23 octobre 2003 p. 2).

Il est vrai que, de son côté, le Dr Q._____ a retenu des diagnostics incapacitants ignorés par le Dr H._____, à savoir des céphalées de tension, des lombosciatalgies droites chroniques et des vertiges incapacitants d'origine centrale et périphérique. En outre, contrairement au médecin du SMR, le médecin généraliste traitant s'est montré extrêmement réservé sur la reprise d'une activité lucrative, estimant que l'on ne pouvait s'y attendre (cf. rapports des 19/20 mai 2003 et 23 février 2009), tout en considérant, pour le moins paradoxalement, que le recourant pouvait travailler 2 à 3 heures par jour dans une activité adaptée avec un taux de performance de 50% (cf. rapport du 23 février 2009). Quoi qu'il en soit, il demeure que le Dr Q._____ n'a fondé son évaluation sur aucun élément concret et important dont le Dr H._____ n'aurait pas tenu compte; partant, on ne saurait préférer son appréciation à celle, plus objective et mieux étayée, du Dr H._____. Pour le même motif, on ne saurait considérer comme pertinentes les conclusions des médecins de la Clinique L._____ du 26 novembre 2002 évaluant la capacité de travail à 50% dès le 23 octobre 2002 – ces conclusions étant anciennes, principalement axées sur les séquelles de l'accident du 21 février 2002, et évaluant la capacité de travail en incluant atteintes physiques et troubles psychiques. Il convient également de relever que l'on ne peut qualifier de décisives les indications fournies par le Dr R._____ (vraisemblablement rhumatologue traitant de l'assuré [cf. rapport d'expertise du Dr N._____ p. 8]) au Dr N._____ lors d'un entretien téléphonique du 28 avril 2008, mentionnant un assuré plaignant présentant des lombosciatalgies, sans aucun argument pour un handicap susceptible d'invalider (cf. ibid. p. 20); en effet, il s'agit là d'une conversation téléphonique extraite de son contexte et sans aucune précision ou analyse circonstanciée du cas sous l'angle somatique.

Enfin et surtout, l'avis du Dr H._____ a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, et ses conclusions apparaissent pleinement convaincantes, de sorte que son rapport doit se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 5b supra).

b) En date du 7 mai 2009, le recourant a subi une rupture du fléchisseur profond de l'auriculaire gauche. Il a été opéré le 5 juin 2009, puis à nouveau le 14 août 2009. Dans son avis du 11 décembre 2009, la Dresse K._____, médecin ayant pris en charge l'assuré à la Clinique Z._____, a signalé une évolution vers une algodystrophie de l'annulaire et de l'auriculaire gauches avec une très mauvaise récupération de la fonction de ces deux doigts, ce qui plaidait à l'encontre d'un traitement chirurgical, le suivi en ergothérapie devant en revanche être maintenu. Au vu de ces éléments, le Dr C._____ du SMR a retenu, le 2 février 2010, que la situation devait être considérée comme stabilisée au 6 septembre 2009, soit 3 mois après la dernière intervention subie par l'assuré, et qu'à partir de cette date, l'exigibilité était complète dans une activité adaptée, n'exigeant pas de préhension en force de la main gauche.

Force est de constater que l'atteinte à l'auriculaire gauche de l'assuré n'a pas été suffisamment instruite par l'OAI. En effet, la Dresse K._____ ayant mentionné le 11 décembre 2009 une possible algodystrophie avec une très mauvaise récupération de la fonction de l'annulaire et de l'auriculaire gauches du recourant, l'appréciation du SMR consistant à fixer la stabilisation de l'état de santé au 6 septembre 2009 – soit trois mois plus tôt –, sans qu'aucune investigation des pistes évoquées par la Dresse K._____ n'ait été effectuée, paraît pour le moins prématurée. A cela s'ajoute que la date retenue par le SMR pour déterminer la stabilisation de l'état de santé est sujette à caution; en effet, la dernière intervention subie par l'assuré ayant eu lieu le 14 août 2009, le terme du délai de trois mois après cette dernière intervention aurait dû être porté au plus tôt au 15 novembre 2009.

Quoi qu'il en soit, même à supposer que la rupture du fléchisseur profond de l'auriculaire gauche du recourant puisse être considérée comme invalidante, il n'en demeure pas moins que le droit à la rente ne pourrait naître qu'un an après la survenance de cette atteinte (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au mois de mai 2010, autrement dit à un moment postérieur à la décision attaquée, dont il incombe à la Cour de céans de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait à cette date (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1). Cela étant, au vu des rapports médicaux produits par-devant l'OAI concernant cette atteinte, il y a lieu de considérer que l'intimé est valablement saisi d'une nouvelle demande portant sur les conséquences de ce trouble du point de vue de l'AI, requête qu'il lui reviendra d'instruire dans toute la mesure utile, à la lumière notamment des observations formulées ci-dessus.

c) Sur le plan psychiatrique, l'OAI a fondé son appréciation sur le rapport d'expertise du Dr N. _____ du 26 mai 2008. Dans son expertise, ce spécialiste a considéré que l'assuré - lequel ne prenait pas les médicaments antidépresseurs qui lui avaient été prescrits - était dans son expression émotionnelle très fluctuant entre un pôle neutre et un pôle dysphorique, conditionné dans une vision négative de sa santé et de ses perspectives, et visiblement dans une accentuation de sa problématique corporelle (cf. rapport d'expertise du Dr N. _____ du 26 mai 2008 p. 16). En outre, l'expert a relevé que les évocations de l'intéressé n'étaient que très peu corrélées par les observations cliniques (cf. *ibid.* p. 19), que ce dernier ne souffrait d'aucun ralentissement significatif (cf. *ibid.* p. 20) et qu'il ne réalisait pas les critères posés à la reconnaissance d'un trouble dépressif selon la CIM-10, mais se trouvait dans un registre dysthymique avec une évidente majoration des symptômes physiques (cf. *ibid.* p. 22 ss). Cela étant, l'expert a diagnostiqué une dysthymie avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et probablement sociales), tout en précisant que ces troubles n'avaient aucun impact sur la capacité de travail, laquelle demeurerait entière dans toute activité, sous réserve d'une diminution transitoire de rendement de 20% eu égard à une éventuelle *«difficulté d'adaptation voire de réinsertion ou bien de commencement dans une autre activité»* (cf. *ibid.* p. 25).

Pour sa part, la Dresse S._____, psychiatre traitante de l'assuré, a tout d'abord retenu l'existence d'un trouble dépressif modéré justifiant une incapacité de travail de 50% (cf. rapport du 5 mai 2003), avant de considérer que cette pathologie s'était aggravée au point d'atteindre une intensité sévère dès le 30 août 2006 et de justifier une incapacité de travail de 100% (cf. rapports du 20 novembre 2006 et 2 avril 2007), perdurant depuis lors sous la forme d'un trouble dépressif récurrent (cf. rapport du 20 juillet 2009). Il ressort des rapports de la Dresse S._____ que celle-ci a essentiellement fondé son diagnostic sur les circonstances familiales de l'assuré (en particulier les troubles psychiques de l'épouse et l'atteinte congénitale du fils cadet), sur ses difficultés à assumer la perte de son emploi auprès de la Blanchisserie J._____ SA, ainsi que sur la répercussion de ses troubles physiques sur son état d'esprit. Or, ces éléments ont été correctement pris en compte par le psychiatre N._____ (cf. notamment p. 22 du rapport d'expertise du 26 mai 2008), sans que la Dresse S._____ ne se réfère à un élément décisif que l'expert aurait omis d'intégrer dans son analyse. En particulier, on ne peut suivre la Dresse S._____ lorsqu'elle expose que l'intéressé n'a pratiquement plus de contacts avec l'extérieur, dès lors que le recourant a déclaré à l'expert N._____ qu'il allait voir sa famille au pays tous les deux ans, leur téléphonait régulièrement (cf. rapport d'expertise du 26 mai 2008 p. 3), et qu'il maintient des relations sociales avec sa famille et ses «amis d'avant» (cf. ibid. p. 7), quand bien même il se prétend «allergique aux gens» (cf. ibid. p. 8). Partant, quoi qu'en dise le recourant (cf. objections du 1^{er} mai 2009 p. 2), l'on ne saurait écarter l'appréciation détaillée du Dr N._____ au profit de celle de la psychiatre traitante.

On notera par ailleurs que le Dr Q._____ a évoqué l'existence d'un état anxio-dépressif chronique (cf. rapport du 19 mai 2003), respectivement d'un trouble de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuses et dépressives (cf. rapport du 23 février 2009). Là encore, le médecin généraliste traitant - qui n'est pas spécialiste en psychiatrie - ne mentionne aucun point décisif sur lequel l'expert N._____ aurait omis de se déterminer. Aussi, l'appréciation somme toute relativement sommaire

du Dr Q._____ ne peut l'emporter sur l'examen approfondi du psychiatre N._____.

De surcroît, si les médecins de la Clinique L._____ ont retenu le 26 novembre 2002 que l'assuré présentait des troubles de l'adaptation avec réactions mixtes anxieuses et dépressives et qu'il disposait d'une capacité de travail de 50% depuis le 23 octobre 2002 (cf. let. B.b supra), ces médecins ne se sont référés à aucune circonstance déterminante dont l'expert N._____ n'aurait pas tenu compte, et n'ont en définitive pas distingué dans quelle mesure les troubles psychiques limitaient l'aptitude au travail du recourant par rapport aux atteintes somatiques de celui-ci. On ne peut dès lors rien tirer de concret de l'appréciation psychiatrique des médecins de la Clinique L._____ - laquelle est en outre ancienne puisqu'elle remonte à fin 2002.

Enfin, le rapport du Dr N._____ repose sur un examen clinique complet, ainsi que sur des tests psychométriques et un dosage plasmatique. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles une dysthymie (F34.1) avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et probablement sociales) (F68.0), selon la terminologie de la CIM-10, est la mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant font l'objet d'une démonstration convaincante. Il y a dès lors lieu d'admettre - avec le SMR (cf. avis médical du 30 juin 2008 du Dr C._____) et, corollairement, l'OAI - que le rapport d'expertise du Dr N._____ du 26 mai 2008 répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 5b supra). Il convient donc de s'en tenir à l'appréciation de l'expert, selon laquelle le recourant ne présente pas d'atteinte psychique invalidante et demeure à même d'exercer toute activité professionnelle moyennant une diminution de rendement (transitoire) de 20%.

d) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir avec l'intimé que le recourant dispose d'une capacité résiduelle de travail de 30% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques sous réserve d'une diminution de rendement de 20% sous l'angle psychiatrique.

Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire visant à déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. Cela étant, il reste à déterminer le préjudice économique du recourant.

a) 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

aa) 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 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

bb) Le revenu d'invalidé 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'invalidé. 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

cc) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer

sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75, consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, 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 (TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1). En d'autres termes, la juridiction cantonale doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) En l'espèce, l'incapacité de travail ayant débuté en février 2002, l'année de référence pour la comparaison des revenus est 2003, soit celle de l'ouverture du droit éventuel à la rente (cf. art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur avant le 1^{er} janvier 2008).

aa) S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est à juste titre fondé sur le salaire mensuel de 4'530 fr. que l'assuré aurait réalisé en 2003 sans atteinte à la santé, tel qu'indiqué le 10 mars 2003 par le Service du personnel de la Blanchisserie J._____ SA (cf. let. C.b supra). Sur douze mois, on obtient ainsi un revenu annuel de 54'360 fr., lequel n'est du reste pas contesté par le recourant.

bb) Concernant le revenu avec invalidité, il y a lieu de se fonder sur le salaire ressortant de l'ESS de 2002, pour des assurés effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'557 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2002, TA1, niveau de qualification 4). Ce salaire représente - compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2002 (41,7 heures [La Vie économique 11-2005, p. 86, tableau B9.2]) - un revenu d'invalide de 4'750 fr. 67 par mois ($4'557 \times 41.7 : 40$ heures), soit 57'008 fr. 07 par année. Compte tenu de l'évolution moyenne des salaires de 2002 à 2003 (+1,40% [La Vie économique 11-2005, p. 87, tableau B.10.2]), le salaire est de 57'806 fr. 18. Compte tenu de la diminution de rendement de 20% existant sur le plan psychiatrique, ce revenu doit être porté à 46'244 fr. 95.

cc) Cela étant, il appert que l'office intimé n'a pas procédé à un abattement sur le revenu d'invalide, considérant qu'une déduction de 20% en raison de la diminution de rendement avait déjà été effectuée, et qu'il n'y avait donc pas lieu de procéder à une déduction complémentaire en relation avec les limitations fonctionnelles.

La Cour de céans ne saurait se rallier à une telle position. En effet, le fait que les limitations fonctionnelles d'un assuré aient déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail - notamment par une diminution de rendement - est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. En effet, ainsi que précédemment exposé, l'abattement sur les salaires statistiques, tel qu'il est admis par la jurisprudence, vise à prendre en compte certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales par rapport à la moyenne des travailleurs, ce qui est précisément le cas de certaines limitations fonctionnelles (cf. consid. 7a/cc supra). Il est par conséquent erroné de soutenir que des limitations fonctionnelles n'auraient pas à être prises en considération pour réduire le revenu d'invalide ressortant des

statistiques pour le motif qu'elles ont déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail (TF 9C_532/2007 du 28 mars 2008, consid. 2.2.2).

En l'occurrence, le recourant présente des limitations fonctionnelles non négligeables sur les plans somatique (pas de travail avec les bras plus hauts que l'horizontal, pas de port de charges supérieures à 15 kg, nécessité d'occuper un poste sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions assise et debout, et pas de travail en porte-à-faux ou penché en avant) et psychique (difficulté d'adaptation, voire de réinsertion, ou de commencement d'une autre activité). Ces éléments doivent être pris en compte dans la détermination de l'abattement à imputer sur le revenu d'invalidé. En revanche, ses perspectives salariales ne sont pas limitées par d'autres facteurs, dès lors qu'il est de nationalité suisse, ne peut se prévaloir d'une perte d'avantages liés à l'ancienneté dès lors qu'il a été licencié par son ancien employeur pour cause de restructuration, et est à même travailler à temps complet dans une activité adaptée - certes avec une diminution de rendement de 20%. Pour le reste, on peut raisonnablement attendre de l'assuré, vu son âge au moment de la décision litigieuse (50 ans) et de la naissance du droit éventuel à la rente (44 ans), qu'il trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, une déduction de 10% sur le revenu d'invalidé de 46'244.95 ressortant des statistiques de l'ESS paraît justifié, ce qui conduit à retenir un revenu avec invalidité de 41'620 fr. 45.

dd) De la comparaison des revenus avec et sans invalidité, il résulte un préjudice économique de 12'739 fr. 55, équivalant à un degré d'invalidité de 23,44%, lequel s'avère toutefois inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI.

8. C'est le lieu de relever qu'en principe, l'assuré a droit à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Un taux égal ou supérieur à 20% n'ouvre toutefois pas automatiquement droit à

des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier, ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 et ATF 124 V 109 consid. 2a; TFA I 330/05 du 25 janvier 2006). En d'autres termes, le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

En l'occurrence, même si le recourant ne conclut pas à l'octroi de mesures professionnelles, son taux d'invalidité de 23,44% pourrait théoriquement lui ouvrir le droit à des telles mesures, pour autant que les autres conditions précitées soient également remplies. L'OAI n'ayant pas statué sur cette question, il convient dès lors de lui transmettre le dossier sur ce point comme objet de sa compétence.

9. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

S'agissant du droit à d'éventuelles mesures professionnelles (cf. consid. 8 supra) et du droit aux prestations pour la période postérieure au 13 avril 2010 (cf. consid. 6b supra), la cause sera transmise à l'OAI comme objet de sa compétence.

10. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 avril 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** En ce qui concerne le droit à d'éventuelles mesures professionnelles et le droit aux prestations pour la période postérieure à la décision du 13 avril 2010, la cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud comme objet de sa compétence.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :