

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2011

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Dind et Métral
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

T._____, à Tolochenaz, recourant, représenté par Me Roberto Izzo,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré), né en 1950, au bénéfice d'une formation universitaire dans le domaine de la programmation informatique, marié et père de trois enfants aujourd'hui majeurs, a travaillé pour l'administration communale de la ville de B._____ depuis le 1^{er} février 1988, tout d'abord comme organisateur informaticien, puis, suite à une restructuration en 1997, comme spécialiste en micro-informatique. Après avoir connu diverses périodes d'incapacité de travail, en particulier dès octobre 2002, à des taux variant entre 50% et 100%, l'intéressé a finalement été licencié au 24 février 2004. Il a perçu des indemnités de l'assurance-chômage de février 2004 à juin 2006.

B. Le 20 janvier 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, ou d'une rééducation dans la même profession. Dans ce contexte, il a indiqué souffrir de *«lombalgies chroniques régulières sur discopathie dégénérative étagée, ainsi que [de] troubles posturaux sous forme d'une hypercyphose thoracique»* depuis plus de 8 ans, d'une *«tendinite/capsulite rétractile de l'épaule droite»* depuis 1 an, et d'*«épuisement dépressif et crises de panique, concentration diminué[e], mobbing»* depuis près de 2 ans. A l'appui de ses dires, il a notamment produit divers rapports médicaux concernant ses troubles somatiques et psychiques.

C. **a)** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé au Dr L._____, chef de clinique de l'Hôpital [...]. Dans un rapport du 11 février 2004, celui-ci a posé les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif et de lombalgies chroniques sur discopathie sévère L5/S1, discopathies modérées L3/L4 et L4/L5, probable micro-instabilité L5/S1, et déconditionnement physique global. Il a observé que la capacité de travail de l'assuré s'élevait pour le moment à 50%, mais qu'elle pourrait

être améliorée dans une activité permettant des changements de postures tous les $\frac{3}{4}$ d'heure «avec des pauses après 1h1/2», et évitant le port de charges de plus de 10 kg.

Par rapport du 16 février 2004, le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans un contexte de troubles statiques et posturaux (depuis 1998), et de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (depuis mi-2002). En particulier, ce médecin a relevé que l'intéressé présentait un épuisement dépressif avec émergence d'angoisses parfois très importantes, une tendance à l'isolement social, un trouble de l'endormissement et un fort sentiment de rejet. Il a annexé diverses pièces médicales à son constat.

Dans un rapport du 19 avril 2004, la Dresse M._____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1 depuis 1997 (avec une nette aggravation depuis 2002), de probable micro-instabilité L5-S1 connue depuis 2003, et d'état dépressif depuis 2002; en outre, elle a fait état d'un status après PTH droite sur tendinite d'insertion du sus-épineux en 2002-2003, affection dépourvue d'impact sur la capacité de travail. Elle a indiqué que l'intéressé, qui prenait des antidépresseurs, était régulièrement suivi par le Dr F._____, et ne pouvait travailler que dans une activité n'exigeant aucun effort physique.

b) Le 13 avril 2005, 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 Z._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et A._____, intervenant en qualité de psychiatre FMH. Dans leur rapport du 18 avril 2005, ces derniers ont notamment fait état de ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- LOMBALGIES CHRONIQUES PERSISTANTES DANS LE CADRE DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS LOMBAIRES (DISCOPATHIE L5-S1 SERRÉE, L3-L4 ET L4-L5 MODÉRÉES) (M 51.3)

- sans répercussion sur la capacité de travail :

[...]

- TROUBLE DE L'ADAPTATION, RÉACTION MIXTE, ANXIEUSE ET DÉPRESSIVE, EN RÉMISSION (F 43.22)."

Sur le plan somatique, après avoir relevé que l'examen clinique était normal au niveau de l'épaule droite (nonobstant l'existence d'une très discrète amyotrophie du sus- et du sous-épineux que l'on retrouvait toutefois également à gauche), les experts ont retenu que l'assuré présentait des lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires, affection imposant les limitations fonctionnelles suivantes : *«nécessité de pouvoir alterner environ une fois par heure la position assise et la position debout, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier [sic] de charges d'un poids excédant 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail effectué sur des engins vibrants»*. Sous l'angle psychiatrique, les médecins du SMR ont relevé que l'intéressé ne souffrait d'aucune atteinte invalidante, mais que dans un contexte de difficultés professionnelles et privées, il avait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle sans incidence sur la capacité de travail, actuellement en rémission complète. Sur la base de ces constatations, les experts ont retenu que la capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée.

Dans un rapport d'examen SMR du 26 avril 2005, la Dresse C._____ a pour l'essentiel repris les conclusions des Drs A._____ et Z._____.

c) Dans le cadre de deux polices d'assurance contractées auprès de I._____, l'assuré a été soumis à une expertise rhumatologique réalisée par la Dresse W._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, sur la base de deux examens cliniques des 14 février et 25 avril 2007, ainsi que d'examens radiologiques complémentaires effectués le 27 mars 2007. Dans son rapport du 21 mai 2007, l'expert a notamment fait état de ce qui suit :

"[...]

5.1 En quoi consistent actuellement les atteintes corporelles, mentales ou psychiques

[...]

Au plan mental, psychique, l'assuré récuse toute atteinte de cet ordre-là, il ne prend pas de psychotrope actuellement et mentionne avoir stoppé sa prise en charge psychiatrique. Il déclare se faire du souci pour l'avenir, présenter des insomnies, être préoccupé. Les données psychiatriques dans les documents à disposition [...] ne révèlent pas d'affection psychiatrique concomitante invalidante. Son médecin-traitant actuel non plus.

5.2 Quels sont les problèmes existants concrètement ?

Les diagnostics retenus sont les suivants:

Syndrome douloureux dorso-[l]ombo-vertébral chronifié irréductible (R.52. 1) sur:

- Troubles statiques (M 54.9)
- Séquelles d'ostéodystrophie de croissance (M 42.0)
- Spondylo-discarthrose avec possible sciatalgie gauche intermittente, non déficitaire (M 47.2)
- Dysbalances musculaires (M 24.5)

Status après capsulose et PSH droites (2003)

Status après suspicion de kyste de Bakker à gauche (2003)

Status après état anxio-dépressif (2003-2004)

[...]

5.10 A quelles exigences la place de travail devrait-elle répondre pour que le travail soit possible ?

Activité légère, semi-sédentaire.

Charges répétitives ne dépassant pas 5-8 kg

Charges occasionnelles ne dépassant pas 10 kg

Eviter les porte-à-faux, les activités soutenues en antéflexion et rotation

Eviter les vibrations à faible fréquence

Eviter une température extérieure froide avec humidité

Possibilité d'alterner les positions

[...]

5.12 A QUEL TAUX EVALUEZ-VOUS L'INCAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE ?

Dans l'ancienne activité 100%

Dans une activité adaptée aux limitations données 0%."

D. **a)** Entre-temps, soit le 4 mai 2005, l'OAI a soumis le dossier de l'assuré à sa Division réadaptation. Dans ce contexte, il est apparu que l'intéressé avait effectué en vain près de 400 offres d'emploi dans le domaine de l'informatique, et qu'il avait pu, par le biais de l'assurance-chômage, suivre une formation de gestionnaire de stock et étudier l'anglais durant trois mois (cf. procès-verbal d'entretien du 22 septembre 2005).

b) Par la suite, l'OAI a mis en œuvre diverses mesures de réadaptation en faveur de l'assuré :

aa) En avril 2006, l'intéressé a entamé un cursus visant à l'obtention du brevet fédéral d'acheteur auprès de l'Association Y._____ (ci-après : l'Association Y._____) - formation comportant un volet théorique de deux ans et un volet pratique sous la forme d'un stage en entreprise.

 Afin de favoriser la mise en œuvre pratique de la formation d'acheteur, un stage de 3 mois a été organisé du 8 mai au 3 septembre 2006 auprès du Centre d'intégration professionnelle de Genève (ci-après : le CIP), dans la section Observation-Stages-Evaluation-Réinsertion (OSER) tertiaire.

 Ce centre a fait part de ses conclusions dans un rapport du 27 septembre 2006. Il en ressortait notamment que l'assuré était totalement à même de travailler dans une activité adaptée.

 Le mandat du CIP, section ESPACE, a été prolongé du 4 septembre au 3 décembre 2006. Dans ce contexte, l'assuré a effectué un stage en tant qu'aide-acheteur du 25 septembre au 22 novembre 2006, auprès de l'entreprise O._____ SA, à [...].

Dans un rapport intermédiaire du 8 décembre 2006, la Division administrative de l'OAI a exposé qu'au terme de ce stage, il était apparu que l'assuré n'était pas apte à travailler en tant qu'un acheteur de niveau 1 - poste correspondant à la formation en cours auprès de l'Association Y. _____ -, dès lors qu'il ne disposait que des compétences d'un acheteur de niveau 2 ou acheteur simple. Dans ces conditions, il avait été décidé d'interrompre la formation en question au 3 décembre 2006.

Dans un rapport du 18 décembre 2006, le CIP, section ESPACE, a confirmé que la formation d'acheteur auprès de l'Association Y. _____ n'était pas en adéquation avec les capacités de l'intéressé, une formation moins pointue devant être retenue, par exemple en tant qu'assistant-acheteur, gestionnaire de stock d'une grande succursale informatisée, employé administratif ou responsable d'économat.

bb) Dans l'optique d'un éventuel reclassement en tant qu'assistant-acheteur, l'intéressé a suivi des cours d'anglais auprès du J. _____ Institute, à B. _____, dès le 8 janvier 2007. Ce cursus s'est achevé à fin décembre 2007.

cc) En date du 14 février 2007, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une aide au placement.

dd) L'intéressé a ensuite suivi des cours par le biais de R. _____ SA, aux fins d'obtenir une certification «*Systems, Applications, and Products for data processing*» (ci-après : SAP), dans le module «*Material Management*» (ci-après : MM). La formation a eu lieu à Paris, du 29 septembre au 20 octobre 2008, puis du 27 au 29 octobre 2008.

Au cours d'un entretien téléphonique du 3 novembre 2008, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il devait effectuer un stage pratique «*après son cours*».

Le 18 novembre 2008, l'intéressé s'est présenté à l'examen de certification SAP, à B._____, auquel il a échoué (taux de réussite de 56%, inférieur au score minimum requis de 63%).

ee) Par décision du 28 novembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assuré des indemnités journalières durant le délai d'attente au sens de l'art. 18 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), à compter du 19 novembre 2008, «*dans l'attente de la mise en place d'un stage pratique*».

L'intéressé a échoué pour la seconde fois à l'examen de certification SAP, le 1^{er} septembre 2009 (score de 38%). Une troisième tentative, le 17 novembre 2009, s'est également soldée par un échec (score de 30%). Le 19 novembre 2009, l'assuré a été informé par R._____ SA de ce qu'il ne pourrait pas se présenter une quatrième fois à l'examen précité. En outre, l'intéressé n'a en définitive pas réussi à trouver une place de stage.

E. a) Le 20 avril 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'une suppression immédiate des indemnités journalières durant le délai d'attente.

Le même jour, l'OAI a également communiqué à l'intéressé un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, relevant les points suivants :

"Résultat de nos constatations :

Vous étiez employé à la [ville] de B._____ en qualité de spécialiste en micro-informatique. Vous avez présenté une incapacité de travail sans interruption notable dès le 1er octobre 2002.

Toutefois, dès cette date, une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner environ une fois par heure la position assise et la position debout, pas de port régulier de charge[s] d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'[un] poids excédant 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail effectué sur des engins vibrants).

Après les mesures professionnelles mises en place, force est de constater que vous pouvez prétendre à des activités telles

qu'assistant acheteur (niveau 2), [...] gestionnaire de stock, [...] employé administratif ou [...] responsable d'un économat.

Dans ce genre d'activité, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de CHF 75'574.- (selon les recommandations salariales de SSEC, niveau C, année 2003). Sans atteinte à la santé, dans votre ancienne activité auprès de la Ville de B._____, vous pourriez prétendre à un revenu de CHF 119'374.-.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF	119'374.00	
avec invalidité	CHF	75'574.00	
La perte de gain s'élève à	CHF	43'800.00	= un degré
d'invalidité			de 37%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente."

Il apparaît par ailleurs que, le 20 avril 2010, l'OAI a reconnu à l'intéressé un droit à une aide au placement, sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

b) Par écrit du 26 mai 2010, l'assuré a contesté les deux projets précités. S'agissant plus particulièrement du refus de rente, l'intéressé a allégué que les mesures professionnelles mises en œuvre ne lui avaient pas permis d'acquérir les compétences inhérentes aux activités exigibles énoncées par l'OAI – à savoir assistant-acheteur, gestionnaire de stock, employé administratif ou responsable d'économat. Par ailleurs, il a critiqué le calcul du taux d'invalidité effectué par l'office, singulièrement l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidité, déduction qu'il estimait devoir s'élever à 15%. Il a joint diverses pièces à ses objections.

F. Par deux décisions distinctes du 10 août 2010, l'OAI a confirmé dans leur intégralité les deux projets de décision du 20 avril 2010.

Dans une lettre explicative du 10 août 2010, l'office a notamment précisé que l'assuré présentait un profil de gestionnaire de stock, d'employé administratif ou de responsable d'économat. A cet égard, il a souligné que dans le cadre de l'assurance-chômage, l'intéressé avait obtenu un diplôme de gestionnaire de stock, de sorte qu'il était à même d'intégrer le marché du travail dans une telle activité; par ailleurs, aucune

formation n'était requise pour exercer le métier de responsable d'économat. S'agissant de l'abattement de 15% évoqué par l'assuré, l'OAI a relevé qu'une telle déduction n'était justifiée que lorsque le revenu d'invalidé était calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), méthode qui n'avait pas été utilisée dans le cas d'espèce.

G. Par acte unique rédigé par son mandataire, l'assuré a recouru le 15 septembre 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des deux décisions du 10 août 2010, concluant principalement à leur annulation et à l'octroi de mesures de reclassement ainsi que d'indemnités journalières durant le délai d'attente, subsidiairement à l'octroi d'une rente depuis la fin du droit aux indemnités journalières d'attente (respectivement depuis le jour du dépôt de la demande de prestations AI), et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En ce qui concerne le refus de rente, il reprend pour l'essentiel les motifs développés dans ses objections du 26 mai 2010. Il ajoute que son état de santé n'a pas fait l'objet d'une évaluation médicale depuis près de 6 ans - l'expertise rhumatologique du 21 mai 2007 ayant été effectuée à la demande d'un assureur privé - et relève que ses troubles se sont aggravés au cours des dernières années, étant en particulier souligné qu'il a perdu 90% de la vision de son œil gauche. S'agissant du calcul du revenu d'invalidé, il conteste les explications figurant dans la lettre de l'OAI du 10 août 2010, et soutient qu'un abattement doit être imputé sur le revenu d'invalidé dès que les valeurs salariales à prendre en compte se basent sur données statistiques. A titre de mesure d'instruction, il sollicite la mise en oeuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire visant à déterminer ses troubles actuels et sa capacité de travail.

Le recours introduit par l'assuré auprès de l'autorité de céans a donné lieu à l'ouverture de deux causes distinctes - à savoir une première procédure (AI 325/10) en matière de suppression des indemnités journalières durant le délai d'attente, et la présente affaire (AI 326/10) en matière de refus de rente - qui, après avoir fait l'objet d'une instruction commune, sont tranchées par arrêts distincts.

Appelé à se prononcer sur les recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 13 janvier 2011.

Une audience d'instruction a été tenue le 10 mars 2011. A cette occasion, le recourant a confirmé ses conclusions concernant le droit à la rente. L'intimé a, quant à lui, maintenu sa position.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition ainsi que celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du Tribunal 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).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales, est applicable dans le cas présent (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).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile - eu égard notamment aux férias estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - auprès du tribunal compétent, et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) La légalité des décisions attaquées doit être appréciée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4 et TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1, avec les références citées).

c) Dans le cas d'espèce, est litigieux le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Plus spécifiquement, l'intéressé critique l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail, et invoque des erreurs dans le calcul du préjudice économique.

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 (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à la rente doit, en l'occurrence, être examiné pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2004 en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi (RO 2003 3837), puis pour la période au-delà du 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 5^e révision de cette législation entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129). 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, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance,

avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Dans la présente cause, il apparaît que l'OAI s'est fondé sur le rapport d'examen SMR du 18 avril 2005 des Drs Z._____, rhumatologue, et A._____, psychiatre, ainsi que sur le compte-rendu de la rhumatologue W._____ du 21 mai 2007, pour reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'examen des pièces du dossier réfute toutefois l'appréciation de l'office intimé.

a) S'agissant de l'examen SMR effectuée par les Drs Z._____ et A._____, force est de rappeler que cette évaluation remonte à avril 2005, si bien qu'elle s'avérait ancienne à la date déterminante de la décision litigieuse, soit le 10 août 2010 (cf. consid. 2b supra).

L'écoulement d'un tel laps de temps - plus de 5 ans - laisse à penser que le rapport du 18 avril 2005 ne reflétait plus l'état de santé actuel du recourant au moment où l'OAI a statué, ce qui amène à douter de la pertinence des conclusions des experts dans le cas particulier.

Par ailleurs et surtout, le rapport du 18 avril 2005 a été co-rédigé par la Dresse A._____, signant en qualité de psychiatre FMH. A cette époque, cette praticienne ne réalisait toutefois pas les conditions pour se prévaloir d'un tel titre (tant en vertu de la législation fédérale, que sur la base des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal), pas plus qu'elle n'était au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal, l'autorisation en question n'ayant finalement été accordée que le 24 novembre 2006. Indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse A._____, il a été jugé que les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration, de sorte que l'on ne saurait allouer une pleine valeur probante à ce constat. On ne peut, à tout le moins, se fonder uniquement sur ce document pour tirer des conclusions définitives sur l'état de santé psychique de l'assuré. Si les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du SMR résultent en fin de compte d'une appréciation consensuelle du cas par les Drs Z._____ et A._____, ce facteur ne peut pour autant suffire à valider les conclusions de la Dresse A._____, dès lors que l'ensemble du volet psychiatrique - lequel comprend aussi bien les observations cliniques que les conclusions spécifiques - présente une valeur probante affaiblie (cf., entre autres, les arrêts TF I 65/07 du 31 août 2007 consid. 3, I 781/06 du 29 octobre 2007 consid. 3 et I 51/07 du 18 février 2008 consid. 3). Le dossier ne comprend par ailleurs pas d'autre évaluation circonstanciée émanant d'un spécialiste en psychiatrie. En particulier, le rapport du Dr F._____ du 16 février 2004 - qui remontait à plus de 6 ans au moment où l'autorité intimée a statué - apparaît insuffisamment détaillé et motivé pour être à lui seul déterminant.

Il découle de ce qui précède que l'OAI ne pouvait se satisfaire des conclusions des experts du SMR du 18 avril 2005 pour statuer dans la présente affaire.

b) Quant au compte-rendu du 21 mai 2007 de la rhumatologue W._____, il a été établi plus de trois ans avant que l'OAI se prononce; aussi convient-il de faire preuve d'une certaine circonspection quant à la pertinence de ce document à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. consid. 2b supra). Cela étant, dans la mesure où aucune autre pièce médicale n'a été versée au dossier depuis lors, force est d'admettre que l'état de fait mérite d'être actualisé sur les plans rhumatologique et, plus généralement, somatique (cf. également consid. 5c infra).

C'est le lieu de relever que l'évaluation rhumatologique de l'expert W._____ n'est pas accompagnée d'une analyse psychiatrique digne de foi, alors même que cette problématique avait initialement été retenue et que, ainsi que précédemment constaté, la crédibilité des conclusions de la psychiatre A._____ est fortement affaiblie (cf. consid. 5a supra). Tout au plus la Dresse W._____ a-t-elle observé, dans son rapport (p. 21 ch. 5.1), que l'assuré avait interrompu son traitement psychiatrique et ne prenait plus de psychotropes. Pour autant, l'absence de médication ou de suivi psychiatrique ne saurait être tenue pour la preuve de l'absence de troubles psychiques. A cela s'ajoute qu'en l'espèce, on ne peut exclure, en l'état du dossier, que les échecs récurrents subis par l'assuré dans le cadre de sa réadaptation (cf. let. D.b supra) aient en définitive engendré de nouvelles atteintes psychiques, respectivement aggravé des affections préexistantes. Ces doutes méritent eux aussi d'être levés dans le cadre d'une investigation sur le plan médical.

c) Dans son recours du 15 septembre 2010 (p. 6), l'assuré a fait état d'une nouvelle affection physique, se traduisant par la perte de 90% de l'acuité visuelle de son œil gauche. D'une part, rien au dossier ne permet de savoir si cette atteinte aurait dû être prise en compte par l'OAI au moment de la décision attaquée (cf. consid. 2b supra). D'autre part, s'il

est vrai qu'en tant que telle, la vision monoculaire ne constitue pas en soi un obstacle à l'exercice d'une activité industrielle légère (cf. à cet égard TF 9C_556/2009 du 27 janvier 2010, concernant un assuré atteint de cécité, glaucome néo-vasculaire et décollement de la rétine de l'œil gauche), il demeure qu'en l'occurrence, on ignore la cause spécifique de cette perte de vision ainsi que la manière dont elle influe sur la capacité de travail du recourant. Il y a lieu, dès lors, d'instruire sur ce plan également.

6. L'approche théorique du degré d'invalidité retenue par l'OAI prête également le flanc à la critique.

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).

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).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'ESS 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). Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires 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, âge, années de service, nationalité/catégorie de titre de séjour et 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; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c).

b) En l'espèce, c'est à tort que l'OAI a considéré, dans la décision entreprise (p. 2, 2^{ème} paragraphe), qu'après les mesures professionnelles mises en place, l'assuré pouvait prétendre à des activités telles qu'assistant-acheteur (niveau 2), gestionnaire de stock, employé administratif ou responsable d'économat. En effet, aucune des mesures de réadaptation octroyées à l'intéressé n'a été finalisée. Notamment, la formation d'acheteur auprès de l'Association Y._____ a été interrompue après moins d'un an le 3 décembre 2006 (cf. consid. D.b/aa supra), et la formation SAP s'est soldée par un triple échec définitif (cf. consid. D.b/dd et ee supra). En outre, le fait que l'assuré ait obtenu un diplôme de gestionnaire de stock par le biais de l'assurance-chômage, et qu'aucune formation ne soit requise pour exercer la profession de responsable d'économat ne signifie pas encore que l'exercice de telles professions soit possible sur le plan médical, qui reste à évaluer.

c) A cela s'ajoute encore que l'assuré, né en 1950, était âgé de 60 ans à la date du prononcé querellé. Compte tenu de ce facteur et de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'exigibilité de la reconversion professionnelle des assurés proches de l'âge de la retraite (cf. arrêts TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2, TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2, TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2), l'OAI ne pouvait sans autre renvoyer le recourant à une reconversion professionnelle dans une activité adaptée. Il lui incombait à tout le moins d'analyser cette problématique et de motiver sa décision sur ce point précis.

d) A cela s'ajoute enfin, s'agissant du revenu d'invalidé de l'assuré, que l'OAI s'est fondé sur un montant de 75'574 fr., tiré des tabelles de salaire de la Société suisse des employés de commerce (ci-après : SSEC), niveau C, pour l'année 2003. Or, opter, comme le fait ici l'OAI, pour une méthode de calcul fondée sur des activités concrètes n'est certes pas proscrit par la jurisprudence. Il n'en demeure pas moins qu'en l'espèce, outre que le choix d'un secteur d'activité concret intervient alors même que l'assuré se trouve en échec de reclassement dans le domaine considéré, on observe que les recommandations salariales de la SSEC telles qu'alléguées ne figurent pas au dossier, de sorte qu'il n'est pas possible de constater si elles correspondent ou non à la situation du recourant. On ignore également dans quelle mesure elles sont effectivement suivies en pratique.

Pour ces motifs, il appartiendra à l'OAI de reprendre l'instruction de la cause en ce qui concerne la capacité résiduelle de gain de l'assuré compte tenu des stages et des cours de formation dont il a bénéficié, mais sans certification à la clé. Le point de savoir si une déduction supplémentaire doit être effectuée pour tenir compte de facteurs personnels concrets, notamment l'âge, dépendra des renseignements concrets qu'aura pu réunir l'intimé. S'il ne parvient pas à obtenir de tels renseignements, qui soient tangibles et fiables, l'OAI devra se rapporter à la méthode usuelle de l'ESS et, ce faisant, tenir compte d'éventuels facteurs d'abattement tels que définis par la jurisprudence.

7 Il ressort de ce qui précède que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer, compte tenu d'une instruction lacunaire sur les plans médical et professionnel. Seule une expertise sur les plans somatique et le cas échéant psychiatrique sera à même de déterminer la nature des atteintes à la santé actuelles du recourant, dans quelle mesure les troubles qu'il présente sont invalidants, et le cas échéant, la capacité de travail encore exigible (cf. consid. 5a, 5b et 5c supra). Par ailleurs, l'approche théorique du degré d'invalidité retenue par l'OAI s'avère insuffisamment fondée quant à la méthode de calcul choisie et aux critères qui doivent présider à cette évaluation (cf. consid. 6c et 6d supra).

Dès lors qu'il convient de reprendre l'instruction de la demande, instruction qu'il revient à l'intimé de mettre en œuvre au premier chef (art. 69 RAI et 41 LPGA), il a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI afin qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants, puis qu'il rende une nouvelle décision sur la base d'une évaluation médicale globale (troubles somatiques et psychiatriques) et actualisée de l'état de santé et procède à un nouveau calcul du degré d'invalidité. Ce n'est qu'au terme de cette nouvelle approche que l'on pourra déterminer un éventuel droit à des prestations, en termes de rente, ou de mesures professionnelles le cas échéant.

8. a) Le recours étant admis, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 francs, compte tenu de l'état de la procédure et de la tenue d'une audience.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision de refus de rente rendue le 10 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Roberto Izzo (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 :