

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

T._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** T._____, né en 1948, sommelier, a déposé le 4 mars 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente.

Il résulte des pièces versées au dossier que l'assuré a subi deux cures de hernies discales lombaires, à droite en 1989, respectivement à gauche en février 1990. Une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, déposée de ce chef en mars 1990 par l'intéressé, a été rejetée par décision du 17 avril 1991, suite à l'évolution favorable du cas.

Dès le mois de novembre 2002, l'assuré a présenté des douleurs initialement cervico-céphaliques, puis dorsales et scapulaires droites; compte tenu des diagnostics retenus de radiculopathie C7 droite et hernie discale C6-C7, une intervention a été pratiquée le 27 février 2003 par le Service de neurochirurgie [...], sous la forme d'une "*dissectomie cervicale antérieure et arthrodèse (cage en carbone)*". L'évolution a été qualifiée de favorable sur le plan neurologique, avec la disparition des brachialgies droites et des minimes déficits neurologiques présentés par l'assuré avant l'intervention; la situation clinique était en revanche globalement moins satisfaisante, avec la persistance d'un syndrome cervical marqué.

b) Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 3 avril 2004, le Restaurant [...] a indiqué que l'assuré avait travaillé à son service en tant que chef de rang, à plein temps, du 13 octobre 1980 au 1^{er} mars 2003 (dernier jour de travail effectif), et réalisé de ce chef un revenu mensuel de 4'800 fr. (x 13) depuis le mois de septembre 2002 - l'intéressé étant par ailleurs nourri.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), le Dr Q._____, spécialiste FMH en

médecine générale et médecin traitant de l'assuré depuis le mois d'octobre 2001, a établi un rapport le 21 mai 2004, posant comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de troubles somatoformes douloureux touchant la colonne cervicale et la ceinture scapulaire, de hernie discale C6-C7, de chirurgie cervicale par dissectomie en C6-C7 et pose d'une cage en carbone, de syndrome douloureux post chirurgical, troubles somatoformes et état dépressif réactionnel, enfin de status post 2 hernies discales lombaires. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle de sommelier; une activité "*très légère au niveau du corps moyen*" pouvait être tentée, étant toutefois précisé que l'exercice d'une autre activité serait "*difficile dans une situation psychologique due à des troubles somatoformes qui s'install[aient] sur une pathologie dégénérative comme celle-ci*". L'assuré se plaignait en effet de "*douleurs insupportables*", rendant toute activité impossible, de sorte que le Dr Q. _____ estimait que des mesures professionnelles semblaient vouées à l'échec.

Egalement interpellé, le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport le 12 octobre 2004, retenant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics de cervicobrachialgies droites invalidantes, de status après dissectomie-spondylodèse C6-C7 en avril 2003, ainsi que de conflit sous-acromial à l'épaule droite, atteintes occasionnant des limitations dans l'utilisation de son membre supérieur droit depuis 2003. Selon ce médecin, il n'était pas exigible de l'intéressé qu'il reprenne son activité habituelle (diminution de rendement "*supérieure à 70 %*"); en revanche, dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de ses atteintes, soit une profession sédentaire permettant l'alternance des positions, et ne nécessitant ni mobilités cervicales à répétition, particulièrement en rotation, ni port de charges supérieures à 5 kg avec le membre supérieur droit de façon répétitive, sa capacité de travail était réputée pleine et entière, probablement sans diminution de rendement.

Dans un rapport initial et final du 21 juillet 2005, la Division administrative de l'OAI a conclu ce qui suit:

"Notre assuré, aujourd'hui âgé de 57 ans, possède une formation de sommelier (certificat). Depuis 1968, il a travaillé dans ce domaine et ce jusqu'en mars 2003. Cette activité n'est plus exigible étant donné l'atteinte à la santé. Par contre dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière.

De son côté, notre assuré estime qu'il n'est plus à même de travailler dans une quelconque activité que ce soit.

De ce fait, nous pouvons conclure en vous apportant les éléments nécessaires à l'évaluation du préjudice économique."

Dans une annexe à ce rapport portant sur le détail du calcul du salaire exigible de l'intéressé, l'office, se fondant sur les données statistiques telle que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002 concernant les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4), a arrêté le revenu d'invalidité à 52'025 fr. 56 en 2003, après indexation et compte tenu d'un abattement de 10 % justifié par ses limitations fonctionnelles et son âge; à titre d'activité réputée adaptée, étaient mentionnées une activité industrielle légère, de petit montage-assemblage, ou encore de surveillance d'un processus de production. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à 62'400 fr. en 2003, conformément aux indications fournies par son employeur.

c) Par décision du 3 novembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré. Comparant les revenus avec et sans invalidité tels que retenus dans le détail du calcul du salaire exigible mentionné ci-dessus, il a abouti à un degré d'invalidité de 16.62 %, n'ouvrant pas le droit à une rente.

L'assuré a formé opposition contre cette décision par courrier du 15 décembre 2005, exposant que, s'il renonçait à contester le revenu sans invalidité tel que retenu, il estimait cependant que les potentialités de réadaptation prises en compte à hauteur d'un revenu de l'ordre de 52'000 fr. avaient été largement surévaluées, au vu de son âge et du fait qu'il n'avait d'expérience et de formation qu'en matière de service dans la restauration. En outre, il indiquait que sa situation s'était péjorée depuis la

dernière appréciation du Dr J._____, en octobre 2004. Il relevait enfin que le Dr Q._____ avait fait état d'une composante psychologique non négligeable, puisque traitée par des anti-dépresseurs et des anxiolytiques.

Le 16 janvier 2006, l'intéressé a adressé à l'office un courrier du 26 décembre 2005 du Dr Q._____, lequel posait la question d'une participation psychogène à sa maladie et relevait que les différents spécialistes consultés avaient des approches très différentes et quasiment contradictoires de ses problèmes, de sorte que, selon ce médecin, un *"avis qui fasse autorité"* était nécessaire. L'assuré sollicitait dès lors *"une nouvelle évaluation multidisciplinaire prenant en compte les différents aspects susévoqués, embrassant notamment la dimension psychologique, et dressant un tableau actualisé"*.

Interpellé par l'office, l'assuré a indiqué par courrier du 19 septembre 2007 qu'il n'avait jamais consulté de psychiatre.

Egalement interpellé, le Dr Q._____ a établi un rapport le 25 septembre 2007, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé les diagnostics de douleur majeure au niveau des vertèbres cervicales ainsi que d'état dépressif. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré, décrit comme un *"patient régressif, dépressif, sans ressources mentales suffisantes pour affronter le monde extérieur"* et qui souffrait par ailleurs de *"douleurs insupportables de la nuque"*, était réputée nulle dans toute activité depuis le 27 février 2003. Le pronostic était qualifié de sombre, l'état de santé de l'intéressé évoluant vers un trouble somatoforme.

Le 27 septembre 2007, le Dr J._____ a indiqué que l'assuré ne s'était plus présenté à son cabinet depuis le 13 janvier 2004, de sorte qu'il lui était impossible de se prononcer sur l'évolution de son état de santé.

Dans un avis du médical du 21 novembre 2007, le Dr M._____ du Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'il y avait lieu

de réinterpeller le Dr Q. _____ quant à la stratégie de soins mise en place pour traiter l'état dépressif, respectivement quant à son appréciation de la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, et de lui demander copies des consultations spécialisées et des comptes rendus d'imagerie médicale réalisés depuis le mois de janvier 2005.

Le Dr Q. _____ a répondu le 7 décembre 2007 que le patient était sous antidépresseurs, et que sa capacité de travail était actuellement nulle compte tenu de son état dépressif et de sa régression mentale. Etaient annexés un lot de pièces médicales. Une nouvelle fois interpellé, le Dr Q. _____ a précisé par courrier du 23 janvier 2008 que l'intéressé faisait état de douleurs insupportables au niveau de la nuque et du membre supérieur droit, que la pathologie organique, claire et dûment documentée, avait généré une dépression qui jouait un rôle important - "*difficile à chiffrer probablement de 30 à 50 dans la répercussion de cette douleur*" -, que la prescription d'antidépresseurs et calmants correspondait à une thérapie d'accompagnement des douleurs chroniques, enfin qu'aucune amélioration n'était prévue. Ce médecin indiquait avoir adressé l'assuré au Dr L. _____, médecin responsable du Centre de la douleur [...], "*pour un traitement éventuel de sa problématique douloureuse*".

Dans un nouvel avis du 28 février 2008, le Dr M. _____ du SMR a posé comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré le diagnostic de cervicobrachialgies droites chroniques sur hernie cervicale traitée chirurgicalement et mise en place d'une cage C6-C7 - les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif réactionnel, également retenus, étant réputés sans répercussion sur la capacité de travail. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'intéressé, nulle dans son activité habituelle depuis le mois de mars 2003, était pleine et entière de puis le mois de décembre 2003 dans toute activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ses atteintes, soit toute profession sédentaire ou semi-sédentaire ne nécessitant ni port répété de charges de plus de

5 kg avec le membre supérieur droit, ni position du tronc tenue en porte-à-faux, ni flexion-rotation répétée du rachis cervical, ni emploi de machine vibrante, enfin permettant l'alternance des positions assise et debout. Le Dr M._____ a estimé, en substance, que les pièces versées au dossier dans le cadre de la procédure d'opposition ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision rendue le 3 novembre 2005 par l'office.

d) Par décision sur opposition du 1^{er} avril 2008, l'OAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 3 novembre 2005, en ce sens que le degré d'invalidité de l'assuré, arrondi à 17 %, ne lui ouvrait pas le droit à une rente.

B. **a)** T._____ a formé recours contre cette décision sur opposition par acte du 5 mai 2008, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation, soit au constat qu'il avait droit à des prestations, au sens des considérants, respectivement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a indiqué qu'il était opéré des cervicales ce jour même, et fait valoir, en substance, que le cas n'avait pas été suffisamment instruit, tant sur le plan somatique que psychique; à son sens, il aurait ainsi été nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, associant psychiatre, rhumatologue, chirurgien et spécialiste de la douleur à tout le moins. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit un rapport établi le 30 avril 2008 par le Dr L._____, lequel relevait que, suite à la chirurgie cervicale dont il avait fait l'objet, l'intéressé n'avait pas bénéficié d'amélioration de son état de santé - voire avait subi une aggravation des symptômes -, situation qui était principalement due à des douleurs de type neuropathiques que l'on rencontrait régulièrement après les chirurgies cervicales comme lombaires, et qui étaient extrêmement invalidantes; un traitement par "*implantation d'un stimulateur médullaire test*" était actuellement en cours et semblait "*relativement favorable*", sans qu'il soit toutefois possible en l'état de se prononcer sur l'évolution. Le recourant produisait également un rapport établi le 2 mai 2008 par le Dr Q._____, lequel

exposait qu'il souffrait actuellement de douleurs insupportables du haut du dos, de la nuque et du membre supérieur droit, et que si le status paraissait stable du point de vue clinique, les plaintes de l'intéressé s'amplifiaient avec un état dépressif avéré "*depuis quelques mois*".

Dans sa réponse du 28 juillet 2008, l'office intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par écriture du 26 septembre 2008, le recourant a notamment produit un avis du Dr Q. _____ du 19 septembre 2008, lequel estimait que le traitement par implant médullaire n'avait pas apporté d'amélioration, "*au contraire*". Le 23 octobre 2008, l'intéressé a indiqué qu'il allait débiter une consultation psychiatrique dès le 28 novembre 2008, et sollicité la possibilité de produire des preuves supplémentaires s'agissant de sa problématique psychique.

Par écriture du 2 décembre 2008, l'office intimé a indiqué que les arguments développés par le recourant n'étaient pas, en l'état, de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision, restant cependant dans l'attente des conclusions de la consultation psychiatrique à venir.

Par écriture du 23 janvier 2009, le recourant a produit un consilium établi le 19 décembre 2008, suite à deux consultations des 28 novembre et 15 décembre 2008, par les Drs K. _____ et N. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant du Département de psychiatrie [...], dans lequel étaient retenus les diagnostics d'épisode dépressif de sévérité moyenne ainsi que de trouble douloureux chronique, étant précisé notamment ce qui suit:

"Problème actuel

M. T. _____ souffre depuis plusieurs années de douleurs du dos, de la nuque et du membre supérieur droit, pour lesquelles plusieurs investigations ont été entreprises, ainsi que des interventions spécialisées. En mai 2008, une nouvelle tentative de prise en charge par un médecin spécialisé en antalgie est faite, avec des effets

actuellement négligeables, tandis que les plaintes du patient s'amplifient et un état dépressif est avéré depuis quelques mois [...].

Discussion

Le tableau clinique décrit (en dehors des symptômes douloureux) correspond à un épisode dépressif que nous qualifions de sévérité moyenne en raison du nombre et de l'intensité des symptômes, la souffrance subjective et l'amplitude de la perturbation du fonctionnement, mais aussi l'absence de modifications majeures dans le status clinique. [...]

En ce qui concerne la symptomatologie douloureuse, le tableau correspond aux critères diagnostics du trouble douloureux: bien que nous ne puissions pas nous prononcer sur la présence et l'importance relative d'une affection médicale sous-jacente, étant à l'origine des douleurs, le rôle de facteurs psychologiques dans l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur paraît certain. [...] la douleur qui est au centre des préoccupations du patient est à l'origine d'une souffrance significative et d'une altération du fonctionnement global et semble remplacer dans l'esprit du patient toute autre préoccupation.

Nous estimons qu'après 5 ans de persistance des douleurs, d'investigations et de mesures thérapeutiques, pendant lesquelles le patient a évité d'être confronté à d'autres réalités de sa situation de vie qu'il a progressivement négligées, et étant donné l'installation d'un état dépressif également construit sur le point central des douleurs, la probabilité de la réussite d'une prise en charge centrée sur la mise en évidence de facteurs psychologiques (qui, par définition, contribuent au trouble douloureux) visant à obtenir une atténuation des douleurs, de l'état dépressif et une augmentation de la capacité de travail est quasi inexistante. [...]"

Le 27 février 2009, le recourant a produit deux nouveaux avis médicaux des Drs Q. _____ et L. _____.

Par écriture du 30 avril 2009, l'OAI a relevé qu'il apparaissait, à la lecture du consilium psychiatrique du 19 décembre 2008, qu'un état dépressif antérieur à la décision attaquée était avéré; il a dès lors préavisé pour la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique.

Le recourant s'est rallié à cette proposition par écriture du 2 juin 2009.

b) Le Centre d'expertise médicale [...] a réalisé une expertise pluridisciplinaire du recourant les 28 septembre et 8 octobre 2009. Dans le

rapport consensuel y relatif, établi le 27 janvier 2010 par la Dresse H._____, médecin praticien FMH et médecin-chef adjoint, la Dresse C._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, et par le Dr U._____, médecin-chef, ces médecins ont notamment exposé ce qui suit:

"4. DIAGNOSTICS

4.1 avec répercussion sur la capacité de travail

- Episode dépressif moyen à sévère avec symptômes psychotiques (F32.3).
- Cervico-brachialgie droite chronique discrètement sensitivo-motrice déficitaire type C7.
- Status post-spondylodèse C6-C7 avec mise en place d'une cage (février 2003). Mise en place d'un stimulateur médullaire (mai 2008). Troubles dégénératifs (discopathie C3-C4).
- Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, canal lombaire étroit de L3-L4 à L5-S1.
- Status post-cure de hernie discale L4-L5 (1989) et L5-S1 (1990).

[...]

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

[...]

Sur le plan psychique, l'assuré présente un épisode dépressif moyen à sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) marqué par une symptomatologie dépressive (tristesse, pleurs, angoisses, désir de mort, diminution de l'appétit avec perte pondérale, diminution du plaisir, troubles du sommeil avec fatigue, baisse du moral et de l'élan vital, manque de valeur de la vie, etc...) accompagnée d'hallucinations auditives. Cette symptomatologie dépressive date de fin 2004, début 2005 associés à des hallucinations auditives (voix diffuses, sans suggestion ni propos, ni ordres). Un traitement à but anti-dépresseur a été prescrit à l'assuré, associant deux molécules d'anti-dépresseurs, sans vrai résultat satisfaisant. Monsieur T._____ n'a malheureusement pas bénéficié d'un suivi psychiatrique spécialisé. On peut ainsi admettre qu'en raison des troubles psychiques présentés, Monsieur T._____ se justifiait d'une incapacité de travail [de] 100 % dès la fin 2004 et, ceci jusqu'à ce jour. Il nous apparaît que la mise en place d'un traitement psychiatrique intégré (psychothérapie + traitement médicamenteux) serait susceptible d'améliorer l'état psychique de l'assuré et permettre ainsi une réévaluation de sa capacité de travail après 9 à 12 mois de traitement.

En ce qui concerne la capacité de travail, l'étude du dossier médical mis à notre disposition ne nous permet pas d'expliquer la persistance d'une incapacité de travail totale pour des raisons somatiques, cervicales en particulier au-delà de fin mai 2003. [...] En revanche, dès le début 2004, le médecin traitant, le Docteur Q._____, relève l'apparition d'une symptomatologie dépressive chez son patient. Celle-ci semble s'être progressivement péjorée, s'associant à des hallucinations auditives, justifiant dès la fin 2004 / début 2005 une incapacité de travail totale selon notre actuelle appréciation.

6. REPONSES AU QUESTIONNAIRE DU TRIBUNAL A L'EXPERT

[...]

6.1. Quels sont les troubles présentés par l'intéressé ?

Une tristesse, des angoisses, un désir de mort, une baisse du moral et de l'élan vital, un manque de valeur de la vie, des troubles du sommeil avec de la fatigue, une diminution du plaisir, une diminution de l'appétit avec perte pondérale associés à des hallucinations auditives.

Des cervicalgies chroniques irradiant dans le membre supérieur droit en association fréquente avec des paresthésies, dans la région de l'oreille et de l'omoplates droites.

Des lombalgies chroniques.

6.2. Quelle est la capacité de travail de l'intéressé ?

Actuellement la capacité de travail de l'assuré est nulle en raison d'un épisode dépressif moyen à sévère avec symptômes psychotiques (F32.3). [...] On peut admettre que la mise en place d'un traitement psychiatrique intégré (psychothérapie et traitement médicamenteux) permettra de réévaluer la capacité de travail de l'assuré au bout de 9-12 mois de traitement.

6.2.1 Dans son activité habituelle ?

Sur le plan psychique, la capacité de travail de l'assuré ne peut être au mieux réévaluée qu'après 9-12 mois de traitement psychiatrique.

Au plan musculo-squelettique et neurologique, la capacité de travail de l'assuré est entière dans son ancienne activité.

6.2.2 Dans toute autre activité adaptée ? Le cas échéant, veuillez préciser quelles activités seraient adaptées à son état de santé

Sur le plan psychique, comme décrit ci-dessus, l'évaluation de la capacité de travail ne pourra être réalisée qu'après 9 à 12 mois de traitement.

Au plan musculo-squelettique, en raison des troubles du rachis cervical et lombaire, l'assuré est apte à exercer toute

activité, laquelle respecte les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position statique assise ou debout prolongée supérieure à 30 minutes, pas de travail prolongé la tête penchée en avant, pas de mouvements répétés contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc, pas de port itératif de charges supérieures à 10 à 15 kilos, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de marche de plus de 20 minutes en terrain inégal.

6.3 S'il y a une incapacité de travail, depuis quand existe-t-elle ?

Il y a une incapacité de travail [de] 100 % depuis fin 2003 / début 2004 en raison des troubles psychiques cités ci-dessus."

Etaient notamment annexées à ce rapport consensuel les pièces suivantes :

- Un rapport psychiatrique établi le 14 décembre 2009 par la Dresse S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle relevait en particulier ce qui suit:

"Complément d'anamnèse psychiatrique

[...]

Après les différents soins et tout particulièrement après l'échec de l'intervention chirurgicale pour cure de hernie cervicale en 2003 et la continuité des douleurs, une tristesse progressive est apparue. Fin 2004, début 2005, Monsieur T._____ s'est senti extrêmement épuisé, il souffrait de fortes douleurs, avait perdu une dizaine de kilos, ne dormait plus, sa vie n'avait plus de sens et il désirait la mort. Son médecin généraliste l'a alors mis sous traitement d'Exeфор, puis en l'absence de réponse thérapeutique, l'a envoyé chez un psychiatre (dont l'expertisé ne se souvient plus du nom) qui l'a vu environ deux fois et qui a prescrit une augmentation de l'Exeфор jusqu'à 225 mg par jour, posologie dont Monsieur T._____ bénéficie depuis 2005 et qui n'a pas été changée. Dans le contexte de la tristesse persistante et de la symptomatologie dépressive, le généraliste lui a également prescrit du Remeron 30 mg par jour. A noter que Monsieur T._____ présente depuis le début de sa dépression des hallucinations auditives qui n'ont jamais été investiguées. [...]"

Dans son appréciation du cas, la Dresse S._____ précisait que la symptomatologie dépressive accompagnée d'hallucinations auditives présentée par le recourant depuis "*bientôt cinq ans*" remplissait les critères d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques,

le traitement appliqué permettant de faire évoluer la dépression d'une gravité sévère vers une gravité moyenne; pour le reste, son appréciation a largement été reprise dans le rapport consensuel du 27 janvier 2010, tel que repris ci-dessus.

- Un rapport établi le 22 octobre par le Dr P._____, spécialiste FMH en neurologie, dont il résulte notamment ce qui suit:

**"DIAGNOSTIC : ABSENCE DE SIGNE LESIONNEL RADICULAIRE
EXAMINE AU MEMBRE SUPERIEUR DROIT
ABSENCE DE NEUROPATHIE CUBITAL AU
COUDE
ABSENCE DE NEUROPATHIE DIABETIQUE**

[...]

Dans l'appréciation du cas il est important de noter que l'examen clinique n'aide que partiellement à la décision. Nous ne pouvons à l'heure actuelle sur le plan neurologique tout au plus relever un syndrome cervical encore présent avec une sensibilité à la palpation et une valorisation des symptômes à caractère neurogène dans le territoire C8 à droite (paresthésies à la palpation de la nuque).

Ce patient semble ne pas pouvoir tenir la tête sans l'appuyer après quelques minutes assis, ne pas pouvoir exercer d'effort sans avoir une douleur dans le bras et se trouve partiellement limité à la marche, cet aspect cependant apparaissant au second plan.

Du point de vue neurologique, on peut donc admettre une limitation de rendement significatif d'au moins 50 %. Il serait probablement nécessaire de mettre le patient en situation tel qu'on le fait dans une clinique de Sion afin de savoir si une activité dépourvue de toute charge, et variant les positions est possible. On pourrait alors donner une meilleure estimation de la capacité réelle de travail (0 %, 30 % ou 50 % ?), dans une activité adaptée."

c) Par écriture du 25 février 2010, l'OAI a produit un avis rendu le 22 février 2010 par le Dr M._____ du SMR, lequel relevait une discordance entre l'appréciation des Drs K._____ et N._____ du [...] et celle de la S._____, dette dernière faisant remonter l'incapacité de travail pour raison psychique à fin 2003 courant 2004 et ce de façon continue jusqu'au moment de l'examen, alors que les spécialistes du [...] retenaient que l'épisode dépressif qu'ils qualifiaient de moyen au printemps 2008 n'existait que depuis quelque mois en mai 2008 – sans que cette contradiction ne soit expliquée. Par ailleurs le tableau clinique tel que décrit par la Dresse S._____ était "*bien différent*" de celui décrit par les médecins du [...], lesquels n'avaient notamment relevé aucun

élément de type hallucination; quant au devenir du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par le médecin traitant en 2004, il restait toujours mystérieux. Ainsi le médecin du SMR concluait-il ce qui suit:

"Les éléments susceptibles d'étayer l'hypothèse d'une incapacité de travail pour raison psychique depuis fin 2004 - début 2005 et jusqu'à l'examen réalisé par les psychiatres du [...] en 2008, ne sont pas convaincants et le sens clinique de l'expert n'est pas une preuve en la matière. Antérieurement à l'état dépressif avéré depuis quelques mois en mai 2008, il n'y a aucune évidence d'empêchements psychiques durables à l'intégration au monde de l'économie."

Se référant à cet avis du SMR, l'office intimé estimait que, quand bien même une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques pouvait être admise sur la base du rapport du [...], les effets de cette aggravation, s'agissant du droit à une rente, seraient dans tous les cas postérieurs à la décision contestée; il maintenait dès lors sa position pour la période antérieure à l'aggravation, en ce sens que le degré d'invalidité du recourant était arrêté à 17 % - taux insuffisant pour effectuer un calcul d'invalidité moyenne -, et proposait le rejet du recours.

Par écriture du 5 mars 2010, le recourant a indiqué qu'il était d'accord avec la conclusion de l'expertise judiciaire, en ce sens qu'il était médicalement incapable de travailler de façon totale dès fin 2004 - début 2005 dans toute activité. Il se déclarait par ailleurs disposé à suivre une psychothérapie régulière, et à se soumettre à une réévaluation à l'horizon de 9 à 12 mois. Il sollicitait enfin que l'office intimé soit interpellé quant à une éventuelle reconsidération de sa décision.

Par écriture du 13 juillet 2010, le recourant a produit un nouveau lot de pièces, comprenant notamment un avis du 3 juillet 2010 du Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel exposait qu'il avait été consulté par l'intéressé à deux reprises, les 12 avril et 8 juin 2010, et qu'il ne disposait pas encore de tous les éléments nécessaires à une évaluation approfondie de la situation; il s'était néanmoins attaché notamment à quantifier le trouble dépressif, aboutissant à un état dépressif qualifié de sévère - les résultats des tests

de Beck et de Hamilton étant à cet égard concordants. En outre, le recourant évoquait, à l'interrogatoire, la persistance de troubles de type hallucinatoire ou pseudohallucinatoire, dont la nature et l'origine restaient encore peu claire. Le Dr W. _____ relevait enfin qu'en général, un état dépressif sévère rendait le sujet incapable de poursuivre une activité professionnelle, même à temps partiel. La consultation suivante était prévue le 27 juillet 2010.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la capacité de travail du recourant dès la fin de l'année 2004, respectivement son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente, dès cette période. Dans ses déterminations du 5 mars 2010, le recourant a en effet expressément admis la conclusion du rapport d'expertise judiciaire établi le 27 janvier 2010, "*selon laquelle il*

[était] *médicalement incapable de travailler de façon totale, dès fin 2004/début 2005*"; quant à l'autorité intimée, elle conteste la valeur probante de ce même rapport, se référant notamment, à la suite de l'avis du SMR du 22 février 2010 dont il a fait siennes les conclusions, au consilium psychiatrique établi le 19 décembre 2008 par les Drs K._____ et N._____.

3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes 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.

A teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1). Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, il y a lieu de déterminer, une fois connue l'appréciation de l'exigibilité d'après les données médicales, les activités entrant en considération malgré les limitations dues aux atteintes à la santé, respectivement d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore obtenir en exerçant une telle activité.

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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'experts 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 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

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

d) En l'espèce, les médecins du Centre d'expertise médicale [...] ont en substance retenu que la capacité de travail du recourant était nulle depuis la fin de l'année 2004, respectivement le début de l'année 2005, en raison d'une atteinte sur le plan psychique, savoir un épisode dépressif moyen à sévère avec symptômes psychotiques. Il y a lieu de relever d'emblée que la réponse des experts à la question 6.3 du questionnaire du tribunal, selon laquelle l'incapacité de travail en cause existerait depuis "*fin 2003 / début 2004*", est en contradiction manifeste avec les indications figurant dans leur appréciation du cas, telle que résultant tant du rapport psychiatrique du 14 décembre 2009 que du rapport consensuel du 27 janvier 2010. On ne saurait toutefois considérer, à l'évidence, qu'une telle contradiction serait de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise – l'autorité intimée ne le soutient du reste pas; bien plutôt, il s'agit manifestement d'une simple erreur de rédaction, erreur figurant dans les réponses au questionnaire du tribunal du rapport établi par la Dresse S._____, puis reportée dans les réponses au questionnaire du tribunal du rapport consensuel.

Cela étant, dans son avis du 22 février 2010, le SMR estime en substance que les conclusions de l'expertise judiciaire ne seraient pas convaincantes, respectivement seraient sérieusement remises en cause par les constatations figurant dans le consilium psychiatrique réalisé le 19 décembre 2008 par les Drs K._____ et N._____ du [...], s'agissant du début de l'incapacité de travail d'une part, du tableau clinique tel que dressé par les différents médecins d'autre part. Or, contrairement à ce que retient le SMR, les médecins du [...] n'ont pas conclu à la présence d'un état dépressif n'existant que depuis quelques mois en mai 2008; la mention en cause, selon laquelle *"en mai 2008, une nouvelle tentative de prise en charge par un médecin spécialiste en antalgie est faite, avec des effets actuellement négligeables, tandis que les plaintes du patient s'amplifient et un état dépressif est avéré depuis quelques mois"*, figure en effet dans la rubrique *"Problème actuel"* (et non *"Discussion"*) de leur rapport, et renvoie à l'évidence à l'avis du 2 mai 2008 du Dr Q._____, dont les indications sont reprises telles quelles. Au vrai, les médecins du [...] ne sont pas prononcés, à tout le moins pas de façon claire et précise, sur la date de début de la problématique psychique présentée par le recourant - pas davantage, au demeurant, que sur les répercussions en termes de capacité de travail de cette problématique; à cet égard, ils mentionnent *"l'installation d'un état dépressif également construit sur le point central des douleurs"*, lesquelles douleurs persistent depuis cinq ans, dans le cadre d'une situation présentée comme chronifiée dans une mesure telle que *"la probabilité de la réussite d'une prise en charge [...] visant à obtenir une atténuation des douleurs, de l'état dépressif et une augmentation de la capacité de travail est quasi inexistante"*. Par ailleurs, s'il mentionne effectivement l'existence d'un *"état dépressif avéré depuis quelques mois"* dans son avis du 2 mai 2008, le Dr Q._____ - dont il convient de rappeler qu'il n'est pas spécialiste en psychiatrie - n'en fait pas moins état dès son rapport du 21 mai 2004 d'une problématique dépressive, soit d'un état dépressif réactionnel. Enfin, la Dresse S._____ a exposé de façon convaincante les motifs pour lesquels elle fait remonter l'incapacité de travail à la fin de l'année 2004, respectivement au début de l'année 2005, période à laquelle correspond une aggravation notable de la symptomatologie dépressive, justifiant la prescription d'une médication

conséquente; cet élément anamnestique n'est pas mentionné dans le consilium réalisé par les médecins du [...], lesquels se sont essentiellement employés à décrire la situation actuelle du recourant, respectivement à examiner les possibilités de traitement en adéquation avec cette situation. Pour le reste, l'appréciation par la Dresse S. _____ de la gravité de la symptomatologie dépressive, laquelle correspond à un état dépressif sévère - que le traitement médicamenteux mis en place permet de faire évoluer, soit de maintenir, vers une gravité moyenne - , n'est aucunement remise en cause par les avis des autres spécialistes en psychiatrie consultés; cette appréciation est bien plutôt confirmée par l'avis du 3 juillet 2010 du Dr W. _____, désormais psychiatre traitant du recourant, singulièrement par le résultat concordant des tests auxquels a procédé ce médecin en avril et juin 2010. Quant aux hallucinations auditives, la Dresse S. _____ relève qu'elles existent depuis le début de la dépression présentée par l'intéressé, et n'ont jamais été investiguées. On peut certes s'étonner, avec le Dr M. _____ du SMR, que les symptômes en cause n'aient pas été constatés auparavant, notamment à l'occasion du consilium psychiatrique réalisé par les médecins du [...] en décembre 2008; peu importe toutefois dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où la gravité de la symptomatologie dépressive justifie déjà, en tant que telle, l'incapacité de travail attestée, et ce indépendamment des symptômes psychotiques.

Dans ces conditions, et compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3c), il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, dont le rapport, convaincant et étayé, remplit toutes les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et qu'aucune opinion contraire ne vient sérieusement remettre en cause. Il convient en conséquence de retenir que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité depuis la fin de l'année 2004, respectivement le début de l'année 2005, en raison de son atteinte sur le plan psychique. S'agissant de la date exacte du début de l'incapacité de travail en cause, force est de constater qu'aucune mesure d'instruction complémentaire ne serait de nature à l'établir, *a posteriori*, avec certitude; on retiendra dès lors la date intermédiaire du 1^{er} janvier 2005.

Le recourant a ainsi droit à une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} janvier 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année dès la date de l'incapacité de travail durable (art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

4. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2006.

Dans le cadre d'une prochaine procédure de révision de la rente allouée au recourant – dont la capacité de travail devrait être réévaluée, selon les conclusions de l'expertise judiciaire, après 9 à 12 mois de traitement sur le plan psychiatrique –, l'office intimé prendra notamment en compte, le cas échéant, les limitations fonctionnelles sur le plan somatique telles que retenues dans le rapport consensuel du 27 janvier 2010, respectivement les remarques du neurologue P. _____ quant à une possible diminution de rendement, et examinera dans ce cadre la pertinence de la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

5. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération ou de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics – tels les Offices AI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 1^{er} avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que T._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2006.
- 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 d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier carré, à 1002 Lausanne (pour T._____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :