

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T._____, à Sainte-Croix, recourant, représenté par M. [...], à Sainte-Croix,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (l'assuré), né en 1958, travaillait comme aide-charpentier. Dès l'année 2000, il a régulièrement subi des périodes d'incapacité de travail, d'un taux variant de 50 à 100 %. Le 1^{er} mars 2001, il s'est soumis à une intervention chirurgicale en vue de traiter une épicondylite droite ainsi qu'un tunnel carpien du même côté. Des douleurs ont subsisté et il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 24 août 2001.

L'assurance-maladie perte de gain de l'employeur de T._____ a confié au docteur G._____, chirurgien orthopédiste, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 10 juillet 2001, celui-ci a posé le diagnostic de cervico-brachialgies à prédominance droite sur uncodiscarthrose basse incipiens, irradiation périphérique sous la forme d'une épicondylite droite et d'un syndrome du canal carpien à la main droite, récente extension de la douleur cervicale du côté gauche. Les douleurs étaient aggravées par une surcharge physique attribuable à la profession de l'assuré, sans que l'on puisse toutefois évoquer une maladie professionnelle. Le métier de l'assuré ne pouvait plus être considéré comme adapté à son état de santé. Le 26 juillet 2002, le médecin traitant de l'assuré, le docteur D._____, médecin généraliste, attestait la persistance d'une incapacité de travail totale depuis le 25 août 2000, ainsi que la nécessité d'une reconversion professionnelle, bien que celle-ci lui apparaissait «bien illusoire».

Le 29 avril 2003, sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci après: OAI), le docteur G._____ a établi un rapport d'expertise complémentaire. L'assuré lui a fait part de douleurs persistantes dans les doigts IV et V de la main droite, accompagnées de fourmillements dans les trois premiers doigts, de la persistance d'un oedème de la partie terminale de l'avant-bras droit ainsi que d'épicondylalgies bilatérales, mais prédominant à droite, de douleurs dans les deux épaules et dans la nuque, et de douleurs au niveau des deux

poignets, avec paresthésies déclarées dans le territoire du nerf radial droit. Le status général restait inchangé depuis 2001. Un électromyogramme (EMG) du membre supérieur droit réalisé le 4 avril 2003 était strictement normal et l'examen neurologique des deux membres supérieurs ne montrait aucune altération de la sensibilité et des réflexes ostéo-tendineux, mise à part une hypoesthésie du pouce droit. Le docteur G._____ a posé, pour l'essentiel, le même diagnostic qu'en 2001, en y ajoutant toutefois celui de syndrome somatoforme douloureux chronique, avec probable surcharge psychogène. La capacité de travail dans l'activité de maçon était nulle en raison des atteintes à la santé physique constatées. Une activité en atelier, permettant l'alternance des positions assise et debout, et ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 10 kilos ni, surtout, de les soulever au-dessus de l'horizontale, devait être considérée comme adaptée. Dans une telle activité, «le rendement [serait] diminué, la différence étant celle qui sépare le salaire d'un homme de chantier de celui d'un travailleur sédentaire (à horaire égal)». L'évolution vers un syndrome somatoforme douloureux chronique risquait par ailleurs de compromettre la réadaptation.

Dans un nouveau rapport complémentaire du 30 septembre 2003, le docteur G._____ a précisé que sans tenir compte de problèmes psychiques ni d'une fibromyalgie, la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée. Invité à préciser le status clinique qui corroborait le diagnostic d'épicondylite, il a indiqué avoir noté «l'habituelle douleur à la pression sur l'insertion osseuse du tendon commun des épicondyliens, ainsi qu'une exacerbation des douleurs dans les mouvements contrariés de pro-supination». Il a joint à son rapport complémentaire un rapport du 4 avril 2003 du docteur Q._____, spécialiste en neurologie, qui expose notamment:

«Rachis cervical

Mouvements d'amplitude normale mais très douloureux chez un patient qui est de toute façon très démonstratif.

[...]

Membres supérieurs

Aucune atrophie La force me paraît strictement normale pour tous les territoires musculaires malgré les lâchages non crédibles. [...]

L'ENMG est strictement normal, notamment l'amplitude des potentiels sensitifs et les vitesses de conduction sont incompatibles avec les troubles sensitifs annoncés par le patient. On trouve tout au plus des signes de réinnervation dans les zones qui ont souffert de compression neurologique qui ont été levées chirurgicalement sans aucun signe de dénervation active.

Appréciation du cas

Je pense que malheureusement ce patient est entré dans un cycle de fibromyalgie. Il n'y a en tout cas pas d'argument pour une atteinte neurologique. [...]

Le 12 décembre 2003, les docteurs A._____, psychiatre, et M._____, médecin généraliste, tous deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), ont examiné l'assuré et posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique et ont nié toute incapacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le docteur G._____, en raison de cette atteinte (rapport du 12 janvier 2004).

Le 8 novembre 2004, T._____ a commencé un stage d'observation professionnelle au centre ORIPH de Morges. Dans un rapport du 9 décembre 2004, les maîtres de stage ont notamment formulé les remarques conclusives suivantes:

«M. T._____ a pratiqué principalement des activités manuelles de taille moyenne à fine. La première semaine, il a participé à la fabrication de cadres en bois. Le travail consiste à débiter des planches pour ensuite les raboter à une dimension précise. La seconde semaine, il a exécuté des travaux de peinture. Des travaux de mécanique ont également été entamés. Lors de ces différentes activités, votre assuré a montré d'importants signes de douleurs au bras droit qui se sont traduits par une mise en protection dudit bras à la façon 'napoléonienne',.

Lors du bilan intermédiaire du 23 novembre 2004 en présence de M. O._____ de votre Office, il a été rappelé à votre assuré l'avis du SMR mentionné dans le rapport initial du 14 mai 2004. A son écoute, M. T._____ a manifesté son désaccord avec cet avis, en raison de ses douleurs persistantes au bras et aux cervicales.

Suite à cette séance, M. T. _____ s'est senti mal et il nous a demandé de l'emmenner à l'hôpital, ce que nous avons fait. Votre assuré a été hospitalisé en date du 23 novembre 2004 en raison de problèmes cardiaques. [...]

Suite à cet événement [...], nous avons mis un terme au stage de votre assuré [...] au 30 novembre 2004.»

Le malaise de l'assuré pour lequel il a été hospitalisé le 23 novembre 2004 s'est avéré être un infarctus aigu du myocarde postéro-inférieur. T. _____ a séjourné aux soins intensifs de l'Hôpital S. _____ jusqu'au 29 novembre 2004, date de son transfert à l'Hôpital C. _____. Une thrombolyse a été réalisée dans un premier temps, puis une coronarographie a été réalisée à l'Hôpital C. _____ et un stent a été posé. L'assuré a ensuite été hospitalisé au Centre hospitalier de Z. _____, du 30 novembre au 3 décembre 2004, puis à la Clinique L. _____, du 6 au 31 décembre 2004, pour suivre un programme de réadaptation cardiovasculaire. Dans un rapport du 30 mars 2005, le docteur D. _____ a exposé avoir revu l'assuré le 10 janvier, qu'il était revenu en semi-urgence le 4 février en raison d'un zona thoracique, puis le 25 février avec un état grippal. Le 16 mars 2005, il s'était à nouveau présenté en déclarant avoir mal partout et être vite essoufflé. Le docteur D. _____ se déclarait convaincu, nonobstant l'avis de l'OAI, de l'incapacité totale de l'assuré à reprendre une activité lucrative.

Dans un rapport du 7 juin 2005, le docteur P. _____, qui assurait le suivi de l'assuré sur le plan cardiologique, a décrit une fraction d'éjection ventriculaire gauche abaissée de façon persistante à 45-50 % avec une akinésie postérieure et postéro-septale. Nonobstant ce constat, le docteur P. _____ attestait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, «c'est-à-dire en dehors d'un métier de force». Il ne présentait pas de limitation fonctionnelle importante d'un point de vue cardiologique. Pour leur part, les docteurs J. _____ et X. _____, médecins à l'unité de psychiatrie ambulatoire de l'hôpital de Z. _____, ont exposé dans un rapport du 25 juillet 2005 suivre l'assuré depuis le 28 janvier 2005, pour une durée indéterminée. Ils ont posé les diagnostics de trouble anxieux dépressif mixte, d'épicondylite droite et syndrome canal carpien avec une intervention chirurgicale en 2001 et d'infarctus du

myocarde le 23 novembre 2004. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité professionnelle, «vues ses limitations physiques et la baisse importante de ses défenses adaptatives au niveau psychique». Sur le plan psychique, les docteurs J._____ et X._____ ont noté, en particulier, «un état d'anxiété important manifesté par une irritabilité accrue qui provoquerait des difficultés relationnelles chez le patient ayant une tendance à s'énerver suite à la moindre remarque qu'il prendrait pour une agression contre lui.» Ils ont également précisé que l'assuré présentait une perturbation de la concentration et de la mémoire.

A la suite du rapport des docteurs J._____ et X._____, l'assuré a été convoqué pour un examen psychiatrique au SMR le 21 octobre 2005. Dans un rapport du 2 décembre 2005, la doctoresse A._____ a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, en rémission, et de syndrome douloureux somatoforme persistant d'intensité légère. Elle a nié toute incapacité de travail en raison de ces atteintes à la santé.

L'OAI a projeté un nouveau stage d'observation professionnelle à l'Oriph. Mais peu avant le début du stage, le 4 août 2006, T._____ a été hospitalisé aux soins intensifs de l'Hôpital W._____, puis transféré à l'Hôpital H._____ où il a séjourné jusqu'au 8 août 2006 en raison d'une suspicion de syndrome coronarien aigu. Il avait en effet présenté des douleurs parasternales gauches typiques irradiant dans le bras gauche à l'effort léger trois jours avant l'admission, décidée à la suite d'un épisode de douleurs d'environ une heure. Un nouveau stent a été posé. Une ergométrie pratiquée le 14 août 2006 a montré une fraction d'éjection du ventricule gauche de 65 % (rapport du 14 août 2006 du docteur B._____, cardiologue).

Les 16 octobre 2006 et 18 juin 2007, le docteur D._____ a maintenu son point de vue relatif à l'incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité. A son rapport du 18 juin 2007, il a joint un rapport du 23 février 2007 du docteur V._____, neurologue. Selon ce dernier, les paramètres neurographiques observés étaient rigoureusement

physiologiques pour les troncs médian et cubital, que ce soit au poignet ou au coude, des deux côtés. Il n'y avait par ailleurs aucun élément clinique qui suggère une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire. L'OAI a également demandé un nouveau rapport médical au docteur P._____, qui a résumé la situation comme suit, le 2 juillet 2007:

- «1. Monsieur T._____ a été revu en consultation de cardiologie en février 2006, avec toujours une plainte douloureuse punctiforme au niveau du muscle pectoral gauche. J'ai réalisé, le 14 février 2006, une échocardiographie de stress ergométrique, n'ayant pas révélé d'anomalie de la contraction myocardique en faveur d'une ischémie. La fraction d'éjection au repos était toujours discrètement abaissée de manière inhomogène à 45-50%.

Il était prévu que je revoie le patient en consultation 1 an plus tard. Il a été hospitalisé à l'Hôpital H._____ et transféré à la Clinique R._____ le 14 août 2006 pour une coronarographie. Cet examen faisait suspecter une sténose de 50-70 % de la CX, sur une torsion du vaisseau («kinking»). La question était également posée d'un thrombus intracoronaire. La ventriculographie ne révélait pas de baisse significative de la fraction d'éjection. La douleur de l'épaule gauche persistait après cette dernière coronarographie, ayant été suivie d'une angioplastie simple.

Malheureusement, le patient fume toujours 2 à 3 cigarettes/jour.

Je l'ai revu en consultation le 24 mai 2007. Sa plainte essentielle était une fatigue marquée et une douleur rétrosternale localisée, apparaissant en milieu d'après-midi. La douleur à l'épaule gauche n'a, jusqu'à présent, jamais régressé et, pour ma part, n'est pas à mettre sur le compte d'une maladie coronarienne. Il est prévu que le patient bénéficie d'une scintigraphie myocardique en septembre 2007.

2. Sur le plan cardiologique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle significative. La fraction d'éjection ventriculaire gauche n'est pas abaissée de manière suffisamment importante pour entraîner des répercussions fonctionnelles. Par ailleurs, le patient ne présente pas de douleurs thoraciques suspectes de maladie coronarienne ischémique.
3. Oui, un stage de réadaptation est réalisable, pour autant que le patient ne fasse pas d'efforts violents et de port de charges lourdes (au-delà de 10 kg).
4. Pour l'instant, il n'y a pas de raison pour que le patient ne puisse pas effectuer un stage dans les délais les plus brefs. Concernant le taux, il peut être, pour ma part, de 100 %. Je ne vois pas de raisons cardiologiques pour qu'il ne puisse réaliser d'activités en milieu protégé.»

Le 1^{er} octobre 2007, les docteurs F.____ et E.____, médecins au Centre de psychiatrie I.____, à Z.____, ont posé les diagnostics psychiatriques d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ils ont précisé que l'assuré suivait un traitement psychiatrique intégré, avec des entretiens une fois toutes les trois semaines et un traitement médicamenteux antidépresseur, anxiolytique et hypnotique. Il était mal adapté aux changements de mode de vie imposés par son état de santé et se sentait dévalorisé par le fait qu'il ne pouvait plus exercer son métier. Son impatience et ses explosions de colère, résultantes de son état anxio-dépressif constituaient, d'une part, un mélange dangereux avec sa pathologie cardio-vasculaire et, d'autre part, rendaient ses relations interpersonnelles très difficiles, tant au niveau social que dans un éventuel milieu professionnel. Le pronostic restait donc défavorable à long terme, une reprise du travail n'étant pas envisageable en l'état.

Le 16 juin 2008, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision par lequel il annonçait son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1^{er} août 2001 au 31 juillet 2003. Il considérait que son état de santé s'était amélioré dès le mois d'avril 2003 et qu'il présentait depuis lors un taux d'invalidité n'excédant pas 21 %, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail et de gain dans une activité adaptée, telle que décrite par le docteur G._____.

L'assuré a contesté cette décision par lettre du 25 juin 2008 et un nouveau rapport médical, établi par les docteurs N.____ et U.____, médecins à l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Z.____, a été versé au dossier. Ces médecins ont posé les diagnostics psychiatriques d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatoforme et d'anxiété généralisée. Ils ont attesté une incapacité de travail totale dans toute activité pour les motifs déjà évoqués dans le rapport du 1^{er} octobre 2007 des docteurs F.____ et E._____.

L'OAI a confié au docteur Y._____, psychiatre, le soin de réaliser une expertise. Dans un rapport du 10 juillet 2009, celui-ci a posé le diagnostic de «facteurs psychologiques influençant une affection physique» et a nié qu'une telle atteinte entraîne une incapacité de travail.

Par décision du 17 septembre 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} août 2001 au 31 juillet 2003.

B. T._____ a recouru contre cette décision par mémoire du 20 octobre 2009 et mémoire complémentaire du 15 novembre suivant. Il a demandé qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit réalisée et a conclu à la «révision de la décision de l'OAI qui, dès le 1^{er} août 2003 et jusqu'à ce jour, lui supprime toute rente».

L'intimé a conclu au rejet du recours, par acte du 11 janvier 2010.

Le recourant s'est déterminé sur la réponse de l'intimé, le 4 février 2010, et a maintenu ses conclusions. Il a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de son recours.

L'intimé s'est déterminé à nouveau le 1^{er} mars 2010, sans modifier ses conclusions, et a produit un avis du docteur K._____, médecin au SMR, du 24 février 2010. Selon ce médecin, les documents produits par l'assuré ne décrivaient aucun fait nouveau sur le plan médical.

Le 7 mars 2010, l'assuré a informé le tribunal du fait que de nouveaux examens étaient prévus par le docteur P._____ et que celui-ci établirait un rapport médical qui serait produit au dossier. Un délai au 30 avril 2010 a été imparti au recourant pour produire ce document. Le 29 avril 2010, le recourant a remis au tribunal un rapport du 16 mars 2010 du docteur P._____. Celui-ci indique que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré depuis son dernier rapport, de juillet 2007, avec une asthénie

et une dyspnée d'effort de plus en plus marquée. Depuis quelques semaines, et très régulièrement, l'assuré souffrait de douleurs thoraciques qui semblaient répondre à un traitement de nitroglycérine. Cela était suffisamment suspect pour justifier une nouvelle imagerie par résonance magnétique de stress sous adénosine. Une réadaptation professionnelle semblait difficile à envisager chez un patient dont la situation socio-professionnelle influait négativement l'état cardiologique.

Le 21 novembre 2011, le recourant a demandé au tribunal de l'informer de l'avancement de sa cause.

Le 24 novembre 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a communiqué les lettres des 29 avril 2010 et 21 novembre 2011 du recourant, ainsi que le rapport du 16 mars 2010 du docteur P._____, pour information. Il a informé les parties du fait que la cause lui paraissait en état d'être jugée et qu'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise ne paraissait pas nécessaire. Sauf nouvelle réquisition, un jugement serait donc rendu prochainement.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 juillet 2003. A l'appui de son recours, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux. Ces derniers ne sont pertinents que dans la mesure où ils permettent de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'au moment de la décision litigieuse (17 septembre 2009). En effet, les faits déterminants sur lesquels le tribunal doit se fonder pour statuer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 362 consid. 1b). Une modification des circonstances postérieure à cette décision, de nature à influencer sur le droit aux prestations, par exemple une péjoration de l'état de santé de l'assuré, doit faire l'objet d'un nouvel examen par l'autorité intimée, conformément aux règles sur la révision du droit aux prestations (art. 53 al. 1 LPGA), appliquées directement ou par analogie.

3. a) En cas de changement de règles de droit matériel, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 ss. consid. 1.2.1; 127 V 466 consid. 1; 126 V 163 consid. 4).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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 (let. a);
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b);

- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) –, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). D'autres versions antérieures de ces dispositions pourraient éventuellement s'appliquer au présent litige, compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations. Il n'est toutefois pas nécessaire de les mentionner plus précisément ici, dès lors qu'elles avaient, matériellement, la même portée que les normes citées ci-avant dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, sous réserve de la question de l'échelonnement des rentes, sans pertinence en l'espèce.

c) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en

vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3 p. 345 ss). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 ss.).

4. a) En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant, celui-ci conteste la valeur probante des expertises effectuées par les docteurs G._____ et Y._____, ainsi que celle des rapports établis par les docteurs P._____ les 7 juin 2005 et 2 juillet 2007 et V._____, le 23 février 2007. Il se réfère pour sa part aux divers rapports établis par le docteur D._____ ainsi qu'à ceux des docteurs J._____ et X._____ (rapport du 25 juillet 2005), F._____ et E._____ (rapport du 1^{er} octobre 2007), ainsi que N._____ et U._____ (rapport du 25 juillet 2008).

b) aa) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il en résulte que le juge apprécie les preuves administrées sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis 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 qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux

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 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 et enfin que les conclusions médicales 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 125 V 351 consid. 3a p. 352; ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). Le juge prendra néanmoins en considération le fait que le médecin traitant de l'assuré 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 cité consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

bb) Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (arrêt I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (arrêt I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (arrêt 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus

maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figure la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 ss. consid. 1.2).

c) aa) En l'espèce, sur le plan somatique, les docteurs G._____ et P._____ ont établi de manière tout à fait probante que le recourant dispose encore d'une pleine capacité de travail dans une activité qui ne soit pas exercée à l'extérieur et qui permette l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 10 kg ni, surtout, soulèvement de telles charges au-dessus de l'horizontale. Les examens neurologiques en particulier, notamment un électromyogramme pratiqué par le docteur Q._____, n'ont démontré aucune atteinte objective pouvant expliquer les douleurs exprimées par le recourant au membre supérieur droit. Le rapport du docteur V._____ du 23 février 2007 le

corrobore. Dans le même sens, le docteur P. _____ a exposé de manière probante que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte cardiaque de nature à l'empêcher d'exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité légère telle que décrite ci-avant. Le docteur D. _____ nie, certes, la capacité de travail attestée par ces praticiens, mais sans indiquer clairement en quoi les médecins mentionnés ci-avant feraient erreur ni sur quelle atteinte objective à la santé il fonde l'incapacité de travail qu'il reconnaît au recourant.

bb) En ce qui concerne d'éventuelles atteintes à la santé psychique du recourant, plusieurs expertises ont été réalisées, qui toutes conduisent au constat d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations physiques décrites ci-avant. L'expertise réalisée par le docteur Y. _____, en particulier, remplit tous les critères permettant, d'après la jurisprudence, de lui reconnaître une pleine valeur probante. Parmi ces critères, on relèvera notamment que le docteur Y. _____ a pris soin d'expliquer pour quels motifs il réfutait certains diagnostics posés par ses confrères, pour ne retenir que l'existence de «facteurs psychologiques influençant une affection physique» sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Il a notamment détaillé les critères qui permettraient de poser un diagnostic de trouble dépressif, en précisant que seule une dysphorie/dysthymie pouvait être admise en l'espèce, étant précisé, au demeurant, qu'une marge thérapeutique demeurait en cas de développement d'un véritable état dépressif. Il a par ailleurs précisé que même en admettant, par hypothèse, un trouble somatoforme douloureux, une incapacité de travail devrait être niée en l'absence, notamment, d'une comorbidité psychiatrique, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, de l'échec d'un traitement conforme aux règles de l'art (une analyse sanguine avait mis en évidence une mauvaise compliance médicamenteuse de l'assuré).

Les rapports psychiatriques mentionnés par l'assuré ne permettent pas de remettre en cause ces constatations du docteur Y. _____. Ils sont motivés sommairement et semblent attribuer à

l'irritabilité du recourant, pour l'essentiel, son incapacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, le docteur Y._____ a relativisé l'importance de cette irritabilité au regard des constatations lors de l'examen clinique: l'assuré s'était présenté dans une très bonne forme cognitive, avec un discours bien structuré, tonique, vivace, dans des affects bien modulés, strictement euthymique, avec un certain nombre d'ouvertures mentionnées spontanément, pas particulièrement anxieux ni explosif; il était, dans son discours, centré sur l'atteinte de son bras, les limitations cardiologiques et, sur le plan psychique, sur sa nervosité et son irritabilité; cependant, les situations qu'il décrivait s'étaient avérées relativement anodines et il avait mentionné une certaine amélioration, ayant notamment appris à prendre ses distances au bon moment et à éviter des éclats. Il existait une tonalité colérique sous-jacente, toujours plus ou moins bien contenue, sans aucun débordement en situation d'examen. Le cadre médical et les distances interpersonnelles étaient bien respectés. Le docteur Y._____ en a conclu de manière convaincante que l'assuré était, certes, en révolte contre ses atteintes et son destin, mais sans que l'on se trouve dans un registre de maladie ni de trouble de la personnalité significative ou clinique. On cherche en vain un tel examen critique des déclarations de l'assuré relatives à son irritabilité dans les rapports de ses médecins traitant, ce qui peut d'ailleurs s'expliquer par leur relation de thérapeute avec celui-ci.

d) Compte tenu de ce qui précède, il convient de tenir pour établie une pleine capacité de travail du recourant, dans une activité physiquement adaptée telle que décrite au consid. 4 c/aa ci-avant, dès le mois d'avril 2003 (date du rapport d'expertise du docteur G._____) et au moins jusqu'au moment de la décision litigieuse du 17 septembre 2009.

5. Dans un rapport du 16 mars 2010 produit à l'appui du recours, le docteur P._____ expose que depuis son rapport du mois de juillet 2007, l'assuré a vu son état se péjorer, avec une asthénie et une dyspnée d'effort de plus en plus marquée. «Depuis quelques semaines», il souffrait également, très régulièrement, de douleurs thoraciques suffisamment suspectes pour qu'un examen plus spécialisé soit envisagé. Une

réadaptation professionnelle semblait donc très difficile à envisager, d'autant que la situation socio-professionnelle influait négativement sur l'état cardiologique et sur le pronostic.

Ce rapport n'établit pas à satisfaction de droit que d'un point de vue somatique, l'assuré présentait, au moment de la décision litigieuse, une incapacité de travail de 40 % au moins depuis plus d'une année. Une nouvelle mesure d'instruction ne permettrait pas davantage de l'établir, au regard des documents médicaux figurant déjà au dossier. Cela étant, selon les résultats de l'IRM annoncée dans le rapport du 16 mars 2010 du docteur P. _____ - et dont le compte rendu n'a jamais été produit par le recourant - le dépôt d'une nouvelle demande de prestations pourrait être justifié. Il n'appartient toutefois pas au tribunal de statuer sur ce point dans la présente procédure (cf. consid. 2 ci-avant).

6. L'intimé a fixé à 65'795 fr. le revenu sans invalidité du recourant pour l'année 2003. Il s'est référé aux renseignements obtenus auprès de l'employeur et a adapté le montant mentionné par l'employeur pour l'année 2001 à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2003. Le recourant ne conteste pas cet aspect de la décision litigieuse, qui ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus en détail sur ce point.

7. Eu égard à la capacité de travail entière dont disposait le recourant dans une activité physiquement adaptée, l'intimé a fixé à 51'971 fr. 55 le revenu qu'il pouvait encore réaliser en 2003 malgré les atteintes à sa santé. Hormis la contestation de sa capacité de travail, le recourant ne formule aucun grief contre la manière dont ce revenu a été établi. Vérifié sommairement d'office, cet aspect de la décision litigieuse ne prête pas flanc à la critique, de sorte qu'après comparaison du montant de 51'971 fr. 55 avec le revenu hypothétique sans invalidité retenu ci-avant (65'795 fr.; consid. 6), l'intimé a fixé à juste titre le taux d'invalidité du recourant à 21 % et nié son droit à une rente d'invalidité pour la période litigieuse.

8. Vu le sort de ses conclusions, le recourant supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision du 17 septembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. [...] (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :