

## VD\_GERICHTE ZD09.022371 vom 17. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.022371](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.022371)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.022371 du 17 février 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD09.022371 del 17 febbraio 2012

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 307/09 - 64/2012 ZD09.022371 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 17 février 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme PASCHE Juges : Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs Greffière : Mme Barman \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Q. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 19[...], d'origine tunisienne, est arrivé en Suisse en 1976. Sans formation professionnelle, il a travaillé comme aide de cuisine (1976 – 1983), monteur en pneus (1992 – 1995), et principalement en tant que magasinier (1983 – 1991 et 1997 – 2003), notamment auprès de l'entreprise [...] SA, et ce jusqu'au mois de mars 2003. De juin à août 2003, l'assuré a travaillé comme indépendant. Il a par ailleurs subi des périodes de chômage, notamment du 1er octobre 2003 au 31 août 2005, et a été placé au bénéfice du revenu d'insertion après avoir épuisé ses indemnités de chômage. Victime d'une déchirure du ménisque droit, l'assuré a subi en 1984 une ménisectomie partielle du ménisque externe et une ménisectomie interne droite. En 1990, atteint au ménisque gauche, il a subi une résection, par voie arthroscopique, de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne gauche et de la plica synovialis infra-patellaire. Une radiographie du genou droit face et profil, effectuée en août 2001, a mis en évidence une légère gonarthrose bilatérale tri- compartimentale et constaté l'absence de lésion osseuse évolutive. Le Dr R. \_\_\_\_\_ du Service de radiologie de l'Ensemble hospitalier de la Côte a diagnostiqué, à la suite d'un examen de la colonne lombaire le 13 mai 2003, une discopathie D12-L1 de surcharge. Le 26 août 2003, l'assuré a été examiné par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, spécialiste de la colonne vertébrale, lequel a relevé que compte tenu d'une problématique lombaire, l'assuré devait s'orienter vers une activité qui autorisait les ports de charge inférieurs à 15 kg et avec alternance de positions. Dans un rapport médical du 2 septembre suivant, le Dr K. \_\_\_\_\_ a constaté des lombo-cruralgies bilatérales, sans pour autant pouvoir démontrer une atteinte irritative neurogène dans un contexte de fonctionnement vertébral préservé.

- 3 - L'examen clinique démontrait une souffrance D12-L1 associée à une souffrance de type surcharge du dernier étage lombaire inférieur. Sur le plan professionnel, le Dr K. \_\_\_\_\_ préconisait une activité comportant des alternances de positions et assurant un respect des règles d'hygiène gestuelle et posturale. Aucun traitement médicamenteux n'était nécessaire ni investigation complémentaire. A la suite d'une nouvelle consultation, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait état, dans un rapport du 3 janvier 2005, d'une évolution peu favorable marquée par une majoration des symptômes douloureux dans un contexte de mal-être général et d'anxiété extrême. L'examen clinique restait toutefois rassurant, permettant

d'exclure une atteinte irritative neurogène ou une souffrance vertébrale imposant des investigations; mais eu égard aux méfaits de la situation s'exprimant par une composante tensionnelle extrême, un traitement de médecine physique était préconisé. En raison de douleurs à la cheville droite, une radiographie a été pratiquée le 24 mars 2006. Elle a mis en évidence un minime pincement dégénératif du compartiment entre l'astragale et la malléole interne et l'astragale et le bord postérieur du tibia distal ainsi qu'un petit éperon à l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum postérieur et de la voûte plantaire sur le bord inférieur du calcanéum. Il n'y avait pas de signe de séquelle de fracture visible, ni de signe de coalition du tarse, ni de calcification pathologique visible. L'assuré a été examiné le 22 janvier 2007 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a diagnostiqué une gonarthrose débutante du genou droit. Le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est dit frappé par la discrèpence entre la symptomatologie que présentait l'assuré et le bilan radiologique qui ne mettait pas encore en évidence d'arthrose avancée. B. Le 18 juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession. Il indiquait quant au genre

- 4 - d'atteintes "articulations, arthrose, musculaire, état dépressif, perte de mémoire", lesquelles existaient depuis mars 2003. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a requis les médecins traitants de lui transmettre des rapports médicaux. Dans un rapport du 5 octobre 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de dépression majeure récidivante (F33.2) et de douleurs dorsales, tous deux présentes depuis "des années". Il attestait d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de magasinier depuis fin 2003 et se poursuivant, indiquant toutefois que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Dans un rapport du 11 octobre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, des gonalgies chroniques – gonarthrose débutante bilatérale, des lombo-cruralgies sans atteinte neurogène existant depuis 2003 et une dépression sévère, probablement récurrente, présente depuis 2004. Il mentionnait, comme sans répercussion sur la capacité de travail, une ménisectomie partielle du ménisque externe et une ménisectomie interne droite en 1984, une résection par arthroscopie de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne gauche et d'une plica synovialis infra-patellaire en 1990, ainsi que des épigastralgies sur anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS) en 2003. Le Dr F.\_\_\_\_\_ notait un 0% d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, précisant que l'assuré était au chômage, et renvoyait à l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 26 août 2003 s'agissant des limitations fonctionnelles. Le Dr F.\_\_\_\_\_ adressait également son rapport médical concernant les capacités professionnelles du patient, signé le 29 août 2007, au terme duquel il indiquait que ce dernier pouvait travailler en position assise ou debout huit heures par jour, en alternant toutefois les positions mais en évitant les positions à genoux, accroupie, le travail en hauteur/sur une échelle et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il devait également éviter le froid. Sans en

- 5 - préciser le taux, il indiquait que son patient bénéficiait d'une capacité de travail dans la profession, par exemple, de vendeur en pièces détachées. Constatant des divergences entre les avis des médecins traitants au sujet de la capacité de travail de l'assuré, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a préconisé, dans un avis médical du 7 juillet 2008, la mise en œuvre d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR. L'examen a été réalisé le 16 septembre 2008 par les Drs

S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Aux termes du rapport d'examen du 30 septembre 2008, les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de gonarthrose bilatérale à prédominance droite (M17) et de dorsalgies et lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (M54). Ils renaient, comme sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs aux chevilles dans le cadre de troubles statiques des pieds et de discrets troubles dégénératifs de la cheville droite. Apprécient la situation, ils mentionnaient ce qui suit: "Sur le plan somatique, l'assuré se plaint essentiellement de lombalgies, de gonalgies bilatérales et de douleurs des 2 chevilles. Les lombalgies se sont compliquées de blocages lombaires. Elles irradiant à la force externe des 2 membres inférieurs, surtout à droite jusqu'au mollet et, dans une moindre mesure, à gauche jusqu'au genou. Les lombalgies s'accompagnent également de dorsalgies. Les diverses douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note la présence de 2 signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils sur le lit d'examen et de lombalgies à la rotation du tronc, les ceintures bloquées. La mobilité cervicale est satisfaisante et la mobilisation cervicale est indolore localement. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la flexion active du genou D qui est limitée à 90°. Cependant, la flexion passive du genou D est de 130°, se faisant contre une importante résistance volontaire de l'assuré. Il existe également un syndrome rotulien bilatéral et des troubles statiques des pieds. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Le status neurologique est par ailleurs sp [sans problème].

- 6 - Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence une gonarthrose tricompartmentale bilatérale à prédominance D. Par ailleurs, nous avons des rapports radiologiques de la colonne lombaire et de la cheville D qui mettent en évidence une discopathie de D12-L1 de surcharge et de minimes troubles dégénératifs de la cheville D. Malgré que nous avons les rapports de ces examens de la région lombaire et de la cheville D, nous avons demandé à l'assuré de rechercher à nouveau, chez lui, ces examens radiologiques et de nous les faire parvenir au cas où il les retrouverait, bien qu'il nous ait dit avoir l'impression de les avoir jetés. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de magasinier chez [...]. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 56 ans, né en Tunisie et établi en Suisse dès 1976. Au bénéfice de 4 ans de scolarité et sans formation professionnelle, il travaille en Suisse essentiellement comme magasinier jusqu'à une mise en arrêt de travail total en mars 2003 dans un contexte de douleurs chroniques touchant essentiellement les genoux et la région lombaire. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse familiale est vierge comme l'anamnèse personnelle jusqu'à un début de prise en charge spécialisée dans le contexte de la non-amélioration de la problématique douloureuse. L'assuré a depuis fin 2004 un suivi psychiatrique à fréquence globalement mensuelle, avec une prescription de traitement antidépresseur et anxiolytique. A l'examen de ce jour, il s'agit d'un homme de bonne constitution psychique, qui tend à mettre l'accent sur la souffrance d'une manière insistante: autant sur le plan physique où sa gestuelle n'est pas cohérente que sur le plan psychique où la collaboration n'est pas toujours convaincante, l'intéressé montre

clairement une image de lui-même moins performante qu'il peut l'être. Toutefois, l'examen ne montre aucun signe de psychose, de trouble décompensé de la personnalité, ni d'élément anxieux qui pourraient prendre un caractère invalidant. L'examen spécifique des critères de dépression au sens des classifications internationales ne montre aucun signe dépressif. Malgré une souffrance personnelle non contestée, l'assuré n'est atteint d'aucune maladie psychiatrique apte à réduire son exigibilité professionnelle. Face aux documents médicaux en notre possession, le médecin- traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, signale dans son rapport médical du 11.10.2007, un diagnostic de dépression sévère probablement récurrente depuis 2004. Le psychiatre-traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 5.10.2007, mentionne également une dépression majeure récurrente. Bien qu'aucun signe de dépression n'ait été décelé à l'examen de ce jour (l'assuré est traité par un

- 7 - antidépresseur), il n'est nullement exclu que des éléments dépressifs aient pu survenir dans le passé. Par contre, en l'absence de séquelle dépressive, on se doit de considérer que l'intensité de la dépression n'a pas pu être telle qu'elle aurait porté préjudice à son exigibilité professionnelle. En conséquence, aucune atteinte psychiatrique à la santé ne peut être reconnue comme ayant pris un caractère incapacitant." Les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, l'atteinte au rachis nécessitait une alternance des positions assise-debout deux fois par heure, l'absence de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg et de port régulier de charges supérieures à 15 kg, et l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. En raison de l'atteinte aux genoux, l'assuré devait éviter les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, les positions debout prolongées de plus d'une demi-heure et les marches supérieures à trente minutes, et en terrain irrégulier. Les examinateurs renaient que l'assuré avait été mis en arrêt de travail total dans son activité habituelle de magasinier en mars 2003, motivé par une atteinte somatique, et que son incapacité de travail était restée stationnaire et complète dans l'activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail aurait toujours été complète. A cet égard, ils relevaient que l'assuré avait repris une activité professionnelle à titre indépendant entre juin et août 2003, qui semblait adaptée, mais qui avait été interrompue pour des raisons non médicales. Les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ concluaient ainsi à une capacité de travail nulle dans la profession de magasinier, depuis mars 2003, et à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Dans un rapport médical du 9 octobre 2008, le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a relevé que, sans occulter la souffrance personnelle, la Dresse S. \_\_\_\_\_ avait motivé l'absence d'affection psychiatrique incapacitante; les épisodes dépressifs antérieurs n'étaient pas contestés mais n'avaient pas amené de séquelles dépressives et leur durée n'était pas assez longue pour en donner des critères incapacitants au sens de l'assurance-invalidité. Il se ralliait à

- 8 - l'appréciation des examinateurs, à savoir que l'exigibilité était nulle dans les activités exercées, en raison des atteintes de l'appareil locomoteur, et entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, théoriquement depuis mars 2003. La Division réadaptation de l'OAI a examiné le droit de l'assuré à une rente et à des mesures d'ordre professionnel (cf. fiche d'examen du dossier No 2 et Annexe 1 du 27 octobre 2008). Le revenu sans invalidité a été estimé à 57'944 fr., correspondant au revenu que le recourant avait réalisé en 2002 dans son activité de magasinier (selon l'extrait du compte individuel),

après indexation à l'évolution des salaires pour l'année 2004. Le revenu d'invalidé a été évalué conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle référence peut être faite aux données statistiques lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle. A cet égard, la Division réadaptation a retenu que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, les activités suivantes étaient adaptées: montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement léger, surveillance de machines en milieu industriel ou opérateur sur machines, surveillance d'un processus de production, petite mécanique, conditionnement. Partant, le salaire à retenir se référait à une activité non qualifiée, simple et répétitive dans le secteur privé (ESS 2004, TA1; niveau de qualification 4). Eu égard à la pleine capacité de travail de l'assuré et à un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles liées à son handicap, le revenu exigible final était estimé à 51'532 fr. 42. Le 28 octobre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un préavis (projet de décision) lui refusant le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles établies. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a retenu que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 51'532 fr. 40; comparé au gain de valide de 57'944 fr., il en résultait une perte de gain de 6'411 fr. 60, correspondant à un degré d'invalidité de 11%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré que les

- 9 - conditions de son droit au placement étaient remplies, de sorte qu'il bénéficierait d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé au projet de décision, par écriture du 28 novembre 2008. Il relevait que les dernières évaluations des Drs F. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, datant d'octobre 2007, devaient être actualisées eu égard aux récentes constatations du SMR sur lesquelles s'était majoritairement fondé l'OAI pour rendre son projet de décision. Il indiquait ainsi interpellé ces médecins afin d'obtenir une actualisation de son état médical. Dans un courrier du 4 décembre 2008 adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a mentionné notamment ce qui suit: "M. Q. \_\_\_\_\_ souffre de gonalgies bilatérales prédominant à droite où une gonarthrose a été mise en évidence déjà en 2001. Cliniquement, il y a un épanchement articulaire net à droite, discret à gauche, sans signes inflammatoires. Malheureusement, le patient a égaré son dossier radiologique. Il déclare ne plus vouloir d'infiltration. Comme il vient d'avoir une ponction et infiltration, je renonce donc à ce geste. Dans le contexte, des injections de viscosupplémentation n'ont pas d'indication, d'autant plus qu'elles ne sont pas payées par l'assurance. Le patient étant déjà bien connu par le Dr K. \_\_\_\_\_, j'ai renoncé à refaire un bilan radiologique des genoux et des chevilles qui, dans l'immédiat, ne modifierait pas l'attitude. Je n'ai pas de modification du traitement médicamenteux à proposer, qui associe déjà du Dafalgan, de l'Ecofenac et du Chondrosulf. Le contexte bio-médico-social est complexe et, dans ce contexte, il est difficile de se prononcer sur la capacité de travail. A priori, une activité adaptée éviterait les stations accroupies, les déplacements, les ports de charges et les travaux en flexion et rotation du tronc. La capacité résiduelle de travail doit être évaluée de façon globale sur le plan somatique et psychiatrique." Par lettre du 4 février 2009, l'assuré a déclaré à l'OAI renoncer à l'aide au placement.

- 10 - Le 9 février 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical au conseil de l'assuré, aux termes duquel il remettait en cause l'appréciation de la Dresse S. \_\_\_\_\_, en

tant qu'elle semblait manquer d'objectivité, et s'opposait aux conclusions de sa consoeur. Il exposait, dans un premier temps, que le principal constat clinique était la prolongation progressante des épisodes dépressifs; du printemps jusqu'à la fin du mois de décembre 2007, l'assuré était dans un état dépressif fluctuant (entre moyen et grave) puis, après une amélioration relative, un nouvel épisode dépressif moyen à grave s'était déclaré vers la fin de l'été 2008 et se poursuivait. L'état dépressif se caractérisait notamment par une perte d'énergie importante, une fatigue constante, une tendance à pleurer à la moindre occasion, des troubles de l'appétit et du sommeil, des troubles graves de la mémoire et une thymie variant entre le désespoir et la dysphorie. Le Dr C. \_\_\_\_\_ relevait l'absence du diagnostic de dépression moyenne à grave par la Dresse S. \_\_\_\_\_, s'interrogeant sur la relation de confiance entre l'examinatrice et l'examiné. Il relatait également les dires du patient après l'examen, notamment l'absence de neutralité dont aurait fait preuve la Dresse S. \_\_\_\_\_. Se référant aux appréciations des Drs N. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, l'assuré, par son conseil, a fait part de ses observations à l'OAI, par écriture du 2 mars 2009. En substance, il exposait que les observations de ces médecins étaient en contradiction avec celles des médecins du SMR ayant réalisé l'examen du 16 septembre 2008. Il convenait ainsi de lui reconnaître le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité avec effet rétroactif au 1er mars 2003, subsidiairement de compléter l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre. Le 8 mars 2009, l'assuré a été transporté au CHUV où le diagnostic d'un STEMI antérieur a été posé; une coronographie a montré une occlusion de l'artère intraventriculaire antérieure. Opéré le jour même, l'assuré a séjourné au CHUV du 8 au 10 mars 2009, puis aux Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (ci-après: EHNV) du 10 au 17 mars 2009. Les médecins des EHNV ont attesté d'une incapacité de travail totale du 8 au 23 mars 2009.

- 11 - Les rapports des Drs N. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ ont fait l'objet d'un examen par le SMR et ont conduit à l'établissement d'un avis médical, le 7 avril 2009, par le Dr W. \_\_\_\_\_, contresigné par la Dresse S. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint au SMR. Cet avis avait la teneur suivante: "En 09.2008 l'assuré a été examiné au SMR au plan rhumatologique et psychiatrique; en raison de gonarthrose à prédominance D et de dorsolombalgies, la CT a été jugée comme nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, ce qui a engendré un préjudice économique de 11%, niant le droit à une rente et à des MOP; une aide au placement a cependant été accordée. Lors de cet examen, la Dresse S. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, n'a pas mis en évidence de maladie psychiatrique susceptible de réduire l'exigibilité professionnelle. L'assuré a fait opposition; son avocat, Me Izzo, estimait que les avis des médecins traitants, datant de 10.2007, méritaient d'être réactualisés. On trouve une lettre adressée en date du 04.12.2008 au Dr F. \_\_\_\_\_ par le Dr N. \_\_\_\_\_, rhumatologie FMH, qui ne fait état d'aucune aggravation; ce spécialiste ne se prononce pas clairement sur la CT dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il précise. Dans sa lettre datée du 09.02.2009 et adressée à Me Izzo, le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, explique dans le premier alinéa en quoi, de son point de vue de psychiatre-traitant, le trouble thymique de l'assuré est incapacitant; par ailleurs dans les alinéas suivants il s'étonne de la teneur du rapport et des conclusions de la Dresse S. \_\_\_\_\_. Le document du Dr C. \_\_\_\_\_ a été discuté avec la Dresse S. \_\_\_\_\_. Voici les commentaires que nous pouvons apporter: De l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé vers la fin de l'été 2008 au point de considérer qu'il présentait un épisode dépressif moyen à grave; or c'est justement à la fin de l'été 2008 que M. Q. \_\_\_\_\_ a été examiné au SMR par la Dresse S. \_\_\_\_\_,

soit en date du 16.09.2008; l'assuré a déclaré consulter le Dr C. \_\_\_\_\_ toutes les 6 semaines environ; cette fréquence de consultations ne paraît pas compatible avec un épisode dépressif moyen à grave, qui justifierait un suivi spécialisé plus serré. Lors de l'examen SMR de 09.2008, on retiendra les points suivants: - La vie quotidienne n'était pas du tout notablement perturbée par les troubles thymiques, puisque l'assuré conduit plusieurs fois par jour, lit, se promène, réalise des achats, supervise les devoirs de ses filles, cuisine, mène une vie sociale riche, part en vacances (dernier voyage 3 mois avant l'examen SMR). - L'assuré n'avait aucune plainte psychiatrique spécifique. - L'examen des critères de dépression (CIM-10) étaient tous négatifs. Selon le Dr C. \_\_\_\_\_, l'état dépressif (moyen à grave) se caractérise par:

- 12 - - Une perte d'énergie importante, mais elle n'est visiblement pas sérieusement altérée si l'on se réfère aux diverses activités quotidiennes recensées par la Dresse S. \_\_\_\_\_ (voir ci-dessus). - Des troubles de l'appétit, mais le poids reste stable. - De la fatigue constante, mais l'assuré consomme jusqu'à 3x5mg de Tranxilium par jour. - De graves troubles de la mémoire, mais la Dresse S. \_\_\_\_\_ n'en a objectivé aucun lors de l'examen du 16.09.2008. - La tendance à pleurer à la moindre occasion, mais ce fait n'a pas été objectivé pendant tout le temps de l'examen SMR de 09.2008, que ce soit avec la Dresse S. \_\_\_\_\_ ou avec le Dr T. \_\_\_\_\_. - Une thymie qui varie entre le désespoir et la dysphorie: encore un élément qui n'a pu être décelé en 09.2008. - L'assuré n'oserait plus sortir en ville, par peur de la foule, par peur d'étouffer dans un grand magasin: or il a annoncé faire toutes les courses de la famille (composée de 6 personnes). A partir du 2ème alinéa de sa lettre du 09.02.2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ exprime son point de vue concernant la teneur et le déroulement de l'examen psychiatrique réalisé par la Dresse S. \_\_\_\_\_; il se réfère aux dires de son patient (éléments subjectifs qu'il n'envisage par ailleurs pas de remettre en question), émet des hypothèses et une appréciation qui lui appartient. Les propos diffamatoires ne seront pas discutés ici, d'autant qu'ils n'apportent aucun élément médical nouveau. En conclusion, ni le Dr N. \_\_\_\_\_, ni le Dr C. \_\_\_\_\_ n'apportent d'arguments médicaux permettant: - soit d'admettre une aggravation de l'état de santé susceptible de modifier l'exigibilité retenue en 09.2008 - soit de remettre en doute les conclusions de l'examen SMR de 09.2008." Par décision du 18 mai 2009, dont la motivation était identique à celle du préavis du 28 octobre 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a expliqué qu'aucun fait nouveau ni aggravation, susceptible de modifier l'exigibilité retenue en septembre 2008 ou de mettre en doute les conclusions de l'examen du SMR, n'avait été mis en évidence par les Drs N. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_. C. Q. \_\_\_\_\_, représenté par Me Roberto Izzo, a recouru contre cette décision par acte du 24 juin 2009, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2003, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. A titre préalable, il demande la mise en œuvre d'une expertise indépendante et pluridisciplinaire. Dans un premier moyen, il fait valoir que l'OAI s'est livré à une appréciation

- 13 - erronée de la situation en privilégiant les résultats de l'examen du SMR du 16 septembre 2008, lesquels sont contredits notamment par les avis des Drs N. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_. Il mentionne que les rapports médicaux établis par les Drs F. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ sont explicites, relatant leur contenu, et précisant que seul le Dr F. \_\_\_\_\_ est le médecin traitant, les Drs N. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ n'ayant été

consultés qu'au moment de l'apparition des troubles. Il allègue que le rapport du SMR n'est fondé que sur un bref entretien et tire des conclusions hâtives, en contradiction avec les observations des autres médecins (Drs F.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, mais également Drs L.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_). Il expose également que le SMR se focalise sur les limitations articulaires et exclut toute influence des symptômes dépressifs sur la capacité de travail alors que les Drs N.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ préconisent une approche globale du problème. Il reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir donné d'indication sur les activités compatibles avec son état de santé, précisant qu'en regard aux limitations établies par le SMR, sa formation et son expérience, il est irréaliste de retenir qu'il dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il argue ainsi qu'en présence d'avis médicaux contradictoires, l'intimé se devait de discuter l'ensemble des rapports et non passer sous silence certains d'entre eux, entraînant ainsi une violation du principe de la libre appréciation des preuves et justifiant la réforme, subsidiairement l'annulation de la décision. Dans un dernier grief, il mentionne l'arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire du 8 mars 2009 dont l'OAI n'a pas tenu compte dans sa décision et qui a aggravé son état de santé, et en déduit qu'une expertise judiciaire est nécessaire pour déterminer les troubles dont il souffre et leur influence sur la capacité de travail, tant sur le plan physique que psychiatrique. Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 20 août 2009, avec effet au 24 juin 2009. Dans sa réponse du 28 octobre 2009, l'OAI relève que les pièces médicales relatives à l'infarctus du myocarde ayant nécessité une

- 14 - hospitalisation ne lui étaient pas connues. Il constate que les lettres de sortie du CHUV et des EHNV sont insuffisantes pour connaître l'évolution et se prononcer sur la durée de l'incapacité de travail liée à cette atteinte, de sorte qu'il conviendrait d'interroger le cardiologue du recourant. Il conclut finalement au rejet du recours, au motif que la nouvelle atteinte ne pourrait avoir des effets sur un éventuel droit à la rente qu'à compter du mois de mars 2010, soit postérieurement à la décision entreprise. Par courrier du 16 décembre 2009 adressé céans, le recourant, par son conseil, confirme solliciter la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante et pluridisciplinaire. Il précise par ailleurs être en attente de réponses de la part des praticiens ayant eu à traiter les conséquences de l'infarctus. Dans sa réplique du 1er mars 2010, le recourant se réfère au rapport médical du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en cardiologie, qu'il produit, et requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante également sur le plan cardiologique, au motif que les conséquences de l'affection cardiaque dont il souffre sont de nature à influencer l'appréciation de la Cour. Dans son appréciation du 6 janvier 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de status après infarctus antérieur avec dysfonction systolique secondaire discrète et mentionne l'absence de séquelle fonctionnelle secondaire à l'infarctus du 8 mars 2009. Se prononçant sur la capacité de travail du recourant, il mentionne ce qui suit: "Compte tenu de l'absence d'arythmie, l'absence d'ischémie myocardique angineuse résiduelle et compte tenu de la fonction systolique ventriculaire gauche quasi normale, il n'y a pas objectivement de limitation fonctionnelle cardiaque secondaire qui dicterait à une réduction de la capacité de travail." Il affirme qu'il n'existe aucune limitation fonctionnelle sur le plan du système cardio-vasculaire. Il préconise un traitement médicamenteux régulier et la poursuite d'un contrôle optimal des facteurs de risques par les modifications du mode de vie auxquelles le recourant

- 15 - s'astreint et mentionne un pronostic "globalement plutôt favorable" sur le plan cardio-vasculaire. Dans sa duplique du 8 avril 2010, l'OAI expose que les arguments développés par le recourant ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision, le Dr J. \_\_\_\_\_ mettant clairement en évidence une pleine capacité de travail du point de vue cardiologique. Par courrier du 8 juin 2010, le recourant renonce à déposer des déterminations complémentaires. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales 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 (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. 60 LPGA; art. 95 LPA-VD) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

- 16 - 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 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande de prestations du recourant du 18 juin 2007, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier le droit à une rente de l'assurance-invalidité. 3. a) 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; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable dans la présente procédure, 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

- 17 - 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). Par ailleurs, l'art. 48 al. 2 LAI, tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que les prestations arriérées n'étaient versées, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles n'étaient allouées pour une période antérieure que si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à

prestations et qu'il avait présenté sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance. b) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1er janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1er 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 1er janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1er janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni

- 18 - d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a 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). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux

- 19 - importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut 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). 4. L'intimé considère que les éléments au dossier ne lui permettent pas de retenir un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente AI. Il se réfère particulièrement à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par les Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ le 16 septembre 2008, aux termes duquel il existe une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette

- 20 - appréciation, au motif que les évaluations des différents médecins consultés contredisent les résultats de l'examen du SMR. a) Sur le plan somatique, contrairement à ce que soutient le recourant, les médecins s'accordent sur les atteintes à la santé dont il souffre. Ainsi, le Dr T.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de gonarthrose bilatérale à prédominance droite et de dorsalgies et lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis. Ce médecin retient la discopathie D12-L1 mise en évidence en 2003 par le Dr R.\_\_\_\_\_, lors de l'examen radiologique de la colonne lombaire (cf. rapport de l'examen du 13 mai 2003). A la suite de la consultation du 26 août 2003, le Dr K.\_\_\_\_\_ confirme l'atteinte en D12-L1 et retient des lombo-cruralgies bilatérales sans atteinte neurogène. En janvier 2005, il mentionne que le nouvel examen clinique reste rassurant, relevant surtout une majoration des symptômes douloureux par le recourant. Deux ans plus tard, soit le 22 janvier 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_ diagnostique une gonarthrose débutante du genou droit, se montre rassurant et fait également état d'une exagération des symptômes du recourant. Dans son rapport du 11 octobre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics affectant la capacité de travail de gonalgies chroniques – gonarthrose débutante bilatérale et de lombo-cruralgies sans atteinte neurogène existant depuis 2003, eu égard à l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, auquel il renvoie. L'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ n'est également pas contredite par celle du Dr N.\_\_\_\_\_, lequel retient, dans son courrier du 4 décembre 2008, des gonalgies bilatérales prédominant à droite. Le Dr N.\_\_\_\_\_ ne fait par ailleurs état d'aucune aggravation. Relevons que le Dr T.\_\_\_\_\_ constate également la présence de douleurs aux chevilles dans le cadre de troubles statiques des pieds et de discrets troubles dégénératifs de la cheville droite, considérées comme sans répercussion sur la capacité de travail. Ces douleurs ne sont pas mentionnées par les autres médecins interrogés et ont

uniquement été mises en évidence par la radiographie pratiquée en mars 2006. Les avis médicaux sont également concordants sur les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes somatiques

- 21 - précitées. Le Dr K. \_\_\_\_\_ estime, qu'en raison de la problématique lombaire, l'assuré doit s'orienter vers une activité sans port de charges supérieures à 15 kg et avec alternance de positions (cf. rapports des 26 août 2003 et 2 septembre 2003). Le Dr F. \_\_\_\_\_ renvoie à cette appréciation et précise, le 29 août 2007, que le recourant peut travailler en position assise ou debout huit heures par jour, en alternant toutefois les positions mais en évitant les positions à genoux, accroupie, le travail en hauteur ou sur une échelle et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Il doit également éviter de travailler dans un environnement froid. Le Dr F. \_\_\_\_\_ note que le recourant dispose d'une capacité de travail raisonnablement exigible dans la profession de vendeur en pièces détachées, sans en préciser le taux (cf. rapport du 29 août 2007). Les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ retiennent, au terme de leur examen clinique, que l'atteinte du rachis nécessite l'alternance, deux fois par heure, des positions assise-debout, l'absence de soulèvement régulier de charges au-delà de 8 kg et le port régulier de charges supérieures à 15 kg, et l'absence de porte-à-faux statique prolongé du tronc. De plus, l'atteinte aux genoux ne lui permet pas les genuflexions répétées, le franchissement régulier d'escabeaux, échelles et escaliers, les positions debout statiques au-delà de 30 minutes, les marches au-delà de 30 minutes ou en terrain irrégulier. Ils estiment que ces limitations fonctionnelles ne sont pas respectées dans l'activité habituelle de magasinier. Cependant, dans une activité strictement adaptée à ces limitations requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète. Par la suite, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient qu'une activité adaptée consisterait à éviter les stations accroupies, les déplacements, les ports de charges et les travaux en flexion et rotation du tronc. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. courrier du 4 décembre 2008). Cela étant, la capacité de travail raisonnablement exigible de la part du recourant – dès mars 2003 – n'a été clairement appréciée que par les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, puis corroborée par les rapports médicaux du Dr W. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 9 octobre 2008 et 7 avril 2009). Elle a été évaluée en tenant compte des diagnostics posés et des

- 22 - limitations fonctionnelles reconnues, éléments qui se sont révélés être concordants entre les médecins interrogés. Au demeurant, l'OAI a énuméré un certain nombre d'activités compatibles avec l'état de santé du recourant, eu égard aux limitations établies par les Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_. Il a ainsi mentionné les activités de montage ou surveillance d'un processus de production, d'ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, d'ouvrier dans le conditionnement léger, dans la surveillance de machines en milieu industriel ou opérateur de machines, dans la surveillance d'un processus de production ou dans la petite mécanique (cf. Annexe 1 – détail du calcul du salaire exigible – du 27 octobre 2008). L'intimé a ainsi donné des exemples concrets d'activités adaptées aux limitations du recourant – et pouvant éviter un environnement froid (cf. rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 11 octobre 2007) – lorsqu'il a établi le projet de décision. Le grief du recourant selon lequel l'OAI n'a pas donné d'indications sur les activités compatibles avec son état de santé ne saurait dès lors être suivi. De surcroît, le recourant se méprend lorsqu'il allègue que sa capacité de travail ne peut être de 100% dans une activité adaptée eu égard aux limitations fonctionnelles établies, sa formation et son expérience, dans la mesure où il est tenu compte de ces éléments à titre d'abattement, lors de l'évaluation de l'incapacité de gain (cf. consid.

5.b infra). Finalement, s'agissant du trouble cardiaque, le Dr J.\_\_\_\_\_ constate l'absence de séquelle fonctionnelle secondaire à l'infarctus du 8 mars 2009. Il n'existe objectivement aucune limitation fonctionnelle sur le plan du système cardio-vasculaire qui entraînerait une diminution de la capacité de travail (cf. rapport médical du 6 janvier 2010). Au demeurant, une incapacité de travail totale causée par l'infarctus n'a été attestée que pour la période du 8 au 23 mars 2009 (cf. lettre de sortie des EHNV). Partant, il convient d'admettre que l'arrêt cardio-respiratoire sur fibrillation ventriculaire n'a laissé aucune séquelle ayant pour effet une limitation de la capacité de travail.

- 23 - b) Sur le plan psychique, on constate une divergence entre les avis de la Dresse S.\_\_\_\_\_ et du Dr C.\_\_\_\_\_. Selon la Dresse S.\_\_\_\_\_, l'examen clinique du 16 septembre 2008 n'a montré aucun signe de psychose, de trouble décompensé de la personnalité ni d'élément anxieux qui pourrait prendre un caractère invalidant. Il n'est pas exclu que des éléments dépressifs soient survenus dans le passé mais, en l'absence de séquelle dépressive – l'examen spécifique des critères de dépression au sens des classifications internationales n'avait révélé aucun signe dépressif –, la Dresse S.\_\_\_\_\_ considère que l'intensité de la dépression n'a pas pu être telle qu'elle aurait porté préjudice à l'exigibilité professionnelle. Le Dr C.\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis décembre 2004, pose les diagnostics de dépression majeure récidivante et de douleurs dorsales, tous deux présents depuis des années, et atteste une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis fin 2003 (cf. rapport médical du 5 octobre 2007). Dans son rapport du 9 février 2009, il mentionne que le principal constat clinique est la prolongation progressante des épisodes dépressifs, faisant état d'un nouvel épisode dépressif moyen à grave, déclaré vers la fin de l'été 2008 et se poursuivant. Il énumère par ailleurs toute une série de troubles que présente le recourant (fatigue, pleurs, troubles de l'appétit, du sommeil, de la mémoire,...). Ces derniers ont été examinés par le SMR et ont fait l'objet d'un avis médical du Dr W.\_\_\_\_\_, contresigné par la Dresse S.\_\_\_\_\_ et le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical du 7 avril 2009). Il s'est avéré que ces troubles ne correspondaient pas aux informations relatives aux activités quotidiennes transmises par le recourant ou n'avaient pas été objectivés lors de l'examen du 16 septembre 2008. Par ailleurs, les médecins du SMR relèvent que le recourant a été examiné au SMR par la Dresse S.\_\_\_\_\_ à la fin de l'été 2008, soit au moment où son état de santé se serait aggravé, selon les dires du Dr C.\_\_\_\_\_. Ils soulignent également qu'une consultation de son psychiatre toutes les six semaines environ ne paraît pas compatible avec un épisode dépressif moyen à sévère, qui justifie un suivi spécialisé plus serré. A cet égard, et quoi qu'en dise le recourant, le Dr C.\_\_\_\_\_, s'il est bien un spécialiste, n'en demeure pas moins son médecin traitant.

- 24 - En effet, depuis fin 2004, le Dr C.\_\_\_\_\_ dispense au recourant un suivi psychiatrique à fréquence globalement mensuelle, avec une prescription de traitement antidépresseur et anxiolytique. Il s'ensuit que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ ne saurait être préféré à celui de la Dresse S.\_\_\_\_\_ dans la mesure où, eu égard à sa position de médecin traitant, il est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid.

3b/bb). Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation de la Dresse S. \_\_\_\_\_ est concluante. Le rapport d'examen des Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, convaincant et étayé, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). En effet, leurs conclusions se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, un entretien avec le recourant et des examens complémentaires. Il intègre une anamnèse complète du recourant et fait état notamment de son status psychiatrique. Les plaintes actuelles y sont mentionnées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail, sont motivées et convaincantes. La critique du recourant s'agissant de la brièveté de l'unique examen clinique réalisé par la Dresse S. \_\_\_\_\_ n'est pas concluante. A cet égard, le Tribunal fédéral a jugé que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3; 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence citée). Il a ainsi estimé qu'un examen clinique d'une heure effectuée par un médecin ne suffisait pas à remettre en question la valeur de son travail (TF I 1048/2006 du 26 novembre 2007

- 25 - consid. 4). La durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1). En outre, la Cour constate que le rapport du 30 septembre 2008 n'est pas fondé sur le seul examen avec le recourant mais découle d'une étude approfondie du dossier médical fourni par l'OAI, notamment le rapport médical du 5 octobre 2007 du Dr C. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, la critique de ce psychiatre à l'encontre de l'examen de la Dresse S. \_\_\_\_\_ a fait l'objet d'un nouvel examen par le SMR et a abouti à la confirmation des conclusions de l'examen clinique du 16 septembre 2008. On précisera en outre que l'ensemble des avis médicaux déposés dans le cadre de l'instruction du cas ont été successivement discutés par l'OAI et soumis au SMR. L'examen clinique des Drs S. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ fait état des rapports émis jusqu'en septembre 2008. L'avis médical du SMR du 7 avril 2009 s'est prononcé sur l'avis du 4 décembre 2008 du Dr N. \_\_\_\_\_ et du 9 février 2009 du Dr C. \_\_\_\_\_. L'intimé s'est ensuite déterminé sur le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ dans la réplique du 1er mars 2010. Le grief du recourant s'agissant de la violation du principe de libre appréciation des preuves est dès lors infondé, l'intimé n'ayant pas passé sous silence les divers rapports médicaux, notamment ceux du Dr C. \_\_\_\_\_ dont l'avis apparaît comme étant véritablement le seul en contradiction avec les conclusions de l'examen clinique. Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation de la Dresse S. \_\_\_\_\_. Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant demeure entière sur le plan psychique, aucune atteinte psychiatrique à la santé n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. c) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que, tant sur le plan somatique que psychique, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'intimé a précisément opté pour une approche globale de la situation en préconisant un examen clinique bi-disciplinaire (rhumatologique et

- 26 - psychiatrique). Cet examen n'a révélé aucune atteinte psychiatrique à la santé pouvant être reconnue comme ayant un caractère incapacitant, alors qu'il a mis en évidence un certain nombre de limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. La critique du recourant, selon laquelle les médecins du SMR se sont focalisés sur les limitations articulaires et ont exclu toute influence des symptômes dépressifs sur la capacité

de travail, n'est dès lors pas fondée. d) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (somatique, psychiatrique et cardiologique), de sorte que la requête formulée dans ce sens par le recourant doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence). 5. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par le recourant, en procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA). a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait réaliser en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui 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 (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI; pour la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007: art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine

- 27 - 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). b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé ne prête pas flanc à la critique et n'est d'ailleurs pas discuté dans le présent recours. Précisons que l'OAI retient un revenu d'invalidé dans une activité non qualifiée, auquel s'ajoute un abattement de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire – abattement dont le taux n'est au demeurant pas critiquable (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b). Il a dès lors été tenu compte des limitations établies par le SMR, de la formation et de l'expérience du recourant lors du calcul de son invalidité, contrairement au reproche que ce dernier formule dans son acte de recours. Il s'ensuit que le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvre pas le droit à un quart de rente AI. Dans ces conditions, le recourant ne peut prétendre à une rente d'invalidité, de sorte que l'on ne saurait faire grief à l'intimé de lui avoir nié ce droit par décision du 18 mai 2009. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 20 août 2009. Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a

- 28 - été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 14 heures et 20 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2579 fr. 40. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Selon la liste des débours

produite par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 110 fr. 50. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 2894 fr. 35, TVA comprise. La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 18 mai 2009 est confirmée.

- 29 - III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Roberto Izzo, conseil du recourant, est arrêtée à 2894 fr. 35 (deux mille huit cent nonante-quatre francs et trente-cinq centimes), TVA comprise. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Roberto Izzo (pour Q.\_\_\_\_\_) - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies.

- 30 - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.