

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2011

---

Présidence de        Mme    RÖTHENBACHER  
Juges        :        Mme Di Ferro Demierre et M. Métral  
Greffier        :        M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 6ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 13 décembre 2004, sollicitant l'allocation d'une rente en raison d'une affection à l'épaule gauche ensuite d'une chute, survenue le 6 février 2003. L'assuré, qui était propriétaire et exploitant depuis 1998 d'un tea-room à [...] s'est trouvé en incapacité de travail depuis cette date.

Le dossier de l'assurance maladie (X.\_\_\_\_\_) de l'assuré contient un rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, consécutif à une consultation du 30 août 2004 dont il ressort en particulier que "la mobilité tant active que passive est médiocre mais il s'agit surtout d'une réaction de défense à la limite de l'hystérie." Ce médecin a également précisé qu'il ne connaissait pas d'affection orthopédique susceptible d'entraîner un tableau aussi démonstratif.

Une expertise du 1<sup>er</sup> mars 2005 adressée au médecin-conseil de X.\_\_\_\_\_ effectuée par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales a fait état de difficultés pour poser un diagnostic précis chez l'assuré et a par ailleurs évoqué aussi des problèmes d'ordre psychique. Ce médecin a relevé que les praticiens ayant examiné l'assuré avaient posé des diagnostics différents. Il n'a relevé objectivement qu'une discrète hypotrophie de la partie postérieure de l'épaule gauche. Il a évoqué une suspicion de syndrome épaule-main gauche (qui est l'une des formes de maladie de Südeck). En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr N.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'au vu de la quasi fixation du membre supérieur gauche contre le corps, il voyait difficilement comment l'assuré pourrait reprendre un travail, même dans une activité adaptée.

Le 28 juillet 2005, les Drs D.\_\_\_\_\_, médecin associé et K.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de Gastro-entérologie et

d'Hépatologie du [...] ont signalé l'absence d'argument gastro-entérologique ou hépatique parlant en faveur d'une demande de rente AI.

Le SMR a procédé à un examen clinique rhumato-psychiatrique le 1<sup>er</sup> novembre 2006.

Les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie du SMR aboutissent à la conclusion que les différents examens complémentaires réalisés à ce jour ne mettent pas en évidence d'atteinte d'ordre ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique compatible avec les plaintes alléguées. Leur rapport, dans sa partie finale, a la teneur suivante:

**"DIAGNOSTIC**

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Aucun (Z 71.1).

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Omalgies G avec irradiations dans tout le membre supérieur G, induisant un syndrome d'exclusion du membre supérieur G, vraisemblablement d'origine volontaire.
- Trouble moteur dissociatif: Akinésie psychogène (F 44.4).

**APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS**

Assuré d'origine italienne, en incapacité de travail totale depuis le 06.02.2003 à la suite d'une chute avec réception sur l'épaule G et traumatisme crânien sans perte de connaissance. Depuis lors, l'assuré développe un syndrome douloureux de tout le membre supérieur G, induisant une impotence fonctionnelle complète de ce membre, entraînant une quasi-exclusion. Les différents examens complémentaires réalisés à ce jour, ne mettent pas en évidence d'atteinte d'ordre ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique compatible avec les plaintes alléguées. Lors de notre examen clinique de ce jour au SMR, nous constatons que l'assuré présente une exclusion quasi complète du membre supérieur G, avec une attitude figée de celui-ci, coude au corps fléchi à 90° de façon constante tout le long de l'entretien de l'examen psychiatrique, de l'anamnèse ou de l'examen clinique. Toute tentative de mobilisation aussi bien au niveau de l'épaule, du coude ou de la main met en oeuvre des contre-pulsions extrêmement efficaces interdisant toute mobilisation associée à une description hyperalgique. Aucune amyotrophie n'a été constatée sur les examens complémentaires (IRM de l'épaule et de la paroi thoracique G, remontant au mois de mars 2006). Aucune amyotrophie clinique n'a non plus été constatée lors de notre examen clinique de ce jour.

Sur le plan neurologique, un examen pratiqué par le Dr G.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, conclut à un status parfaitement physiologique. Lors de notre examen de ce jour, nous n'avons pas mis en évidence d'atteinte neurologique objective compatible avec une quelconque atteinte d'ordre radiculaire, tronculaire ou centrale (les réflexes

ostéotendineux sont présents, la trophicité musculaire est symétrique, pas de mise en évidence de trouble de la sensibilité, hormis un sentiment d'hyperesthésie subjective).

Le reste de l'examen de médecine générale met en évidence clairement des signes de non organicité selon Waddell (5/5), avec absence de mise en évidence de tender points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie.

En conclusion, cet assuré ne présente aucune atteinte d'ordre somatique sur le plan ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique, pouvant expliquer la symptomatologie algique alléguée, ni l'impotence fonctionnelle présentée en ce qui concerne le membre supérieur G. L'examen clinique de ce jour met en évidence une trophicité musculaire conservée, l'absence de mise en évidence de trouble neurologique objectif et un status ostéoarticulaire parfaitement dans les normes sur le plan clinique et radiologique, hormis quelques troubles dégénératifs modérés au niveau du rachis cervical et une image compatible avec une tendinite à minima du sus-épineux sur l'IRM de 2003.

Au vu de l'absence de mise en évidence de lésion somatique objective, nous considérons que la symptomatologie présentée par cet assuré est d'origine non organique. Dans ce sens, nous avons mis en évidence de 5/5 signes selon Waddell, en faveur d'un processus non organique.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 53 ans, d'origine italienne, en Suisse depuis l'âge de 20 ans. Au bénéfice d'un diplôme de carrossier obtenu en Italie, l'assuré exerce des activités non qualifiées, jusqu'à l'achat d'un tea-room en 1998. L'assuré signe la remise du commerce le 25.02.2003, une incapacité de travail totale est attestée depuis le 06.02.2003 suite à une chute sur l'épaule G avec douleurs résiduelles.

L'appréciation psychiatrique met en évidence un assuré de bonne constitution psychique, qui n'a aucun antécédent familial ni personnel de maladie psychiatrique. Il n'a pas de déficit intellectuel.

Selon l'assuré, un épisode dépressif aurait eu lieu en septembre 2004, lorsqu'il a perdu toutes ses dents dans un contexte « d'allergie à une injection de cortisone ». Cet épisode dépressif est décrit par l'assuré comme une animosité contre le corps médical qui aurait commis une erreur. Les éléments systématiques définissant la dépression au sens de la classification CIM-10 ne sont pas retrouvés, ni dans l'appréciation actuelle ni sous une forme séquellaire. Une perte pondérale décrite en 2005 ne concorde pas avec la chronologie des souffrances psychiques de l'assuré. Elle est corrélée à l'exérèse d'une adénopathie non tumorale, l'évolution est excellente.

Malgré l'attitude plaintive de l'assuré qui sait très bien solliciter son entourage, il possède toutes les capacités psychiques pour exercer une activité professionnelle à plein temps. Aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique n'a été décelée qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles:  
Aucune du point de vue psychiatrique et somatique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?  
L'assuré a été mis en arrêt de travail total suite à une chute le 06.02.2003. Nous pouvons tout au plus reconnaître une incapacité de travail ponctuelle de 3 à 6 semaines, par rapport au traumatisme subi (traumatisme mineur de l'épaule). Au-delà de cette période, les incapacités de travail attestées ne sont plus justifiées sur le plan somatique. Aucun élément d'ordre psychiatrique ne peut motiver cet arrêt de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?  
Sur la base de notre examen clinique de ce jour, l'étude du dossier médical mis à notre disposition et des documents radiologiques, aucune pathologie d'ordre somatique n'a été mise en évidence pouvant expliquer les plaintes alléguées par l'assuré, l'impotence fonctionnelle décrite et l'incapacité de travail de longue durée présentée. De ce fait, nous devons considérer que cet assuré présente théoriquement une pleine capacité de travail. Le syndrome algique présenté est d'ordre non organique, en l'absence de pathologie psychiatrique à caractère invalidant ou de comorbidité d'ordre psychiatrique invalidant, un tel diagnostic ne peut pas être retenu comme invalidant sur la LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20].

Quant à son trouble moteur allégué à l'épaule G, l'incohérence de la présentation clinique dans un contexte d'investigations toutes restées parfaitement normales, sont à intégrer dans un tableau d'akinésie psychogène. Il s'agit d'une atteinte de type dissociatif pas forcément consciente. Toutefois, vu que la trophicité musculaire de ce MSG [membre supérieur gauche] est normale (ce qui prouve que l'assuré utilise ce bras au quotidien), l'exigibilité professionnelle est totale.

Concernant la capacité de travail exigible, dans son activité habituelle de cafetier indépendant, nous concluons à une exigibilité au travail à 100 %.

#### CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle (cafetier-restaurateur): 100%.

Dans une activité adaptée: 100%."

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a établi un projet de refus de la demande daté du 6 février 2007, entièrement confirmé le 19 février 2008.

Le 3 janvier 2008, les Drs W. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du SMR ont rendu un avis médical dont il ressort notamment ce qui suit:

"La situation a été revue, notamment l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR le 1.11.2006.

A ce titre, la relecture de ces documents permet en tout cas de se prononcer sur le fait que l'assuré est conscient qu'il néglige son membre supérieur gauche. Il a été clairement établi par les nombreuses investigations somatiques qu'aucune atteinte ostéoarticulaire ni neurologique n'est compatible avec le tableau clinique allégué. Le fait que tous les signes de non organicité selon Waddell sont présents va en faveur d'un comportement algique, également sans substrat organique.

Quant au fait que l'assuré n'a pas d'amyotrophie de ce membre supérieur gauche, ceci confirme que l'intéressé utilise son membre supérieur gauche dans sa vie quotidienne.

Quant à l'expression des avantages obtenus par ce comportement algique, il est clair que ceux-ci ont été généreusement mis en avant lors de l'examen SMR du 1.11.2006. Par contre, l'examen médical de l'état de santé de l'intéressé ne peut pas se prononcer quant à savoir si le comportement algique n'est pas également répercuté, dans certaines circonstances relationnelles, dans sa vie privée. Les avantages pécuniaires sont directement corrélés à sa demande à l'Al. Les avantages psychologiques peuvent prendre l'allure d'un bénéfice tiré par un rôle de malade auprès de son entourage.

Quoi qu'il en soit, sa bonne constitution psychique et l'absence d'atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait prendre un caractère invalidant donne à cet assuré tous les moyens de surmonter ses souffrances et d'exercer une activité professionnelle lucrative à plein temps.

Quant au bénéfice secondaire, l'assuré se décrit comme ayant gardé une animosité contre le corps médical qui aurait commis une erreur en septembre 2004 lors d'une injection de cortisone suite à laquelle il aurait perdu toutes ses dents. Il est possible que les manifestations actuelles fassent partie d'un besoin de compensation. Toutefois, ce besoin de compensation n'a pas de caractère strictement médical."

**B.** Par recours du 3 avril 2008, P.\_\_\_\_\_ a conclu à l'admission du recours et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à un complément d'expertise.

Par décision du 18 août 2008 du Bureau de l'assistance, le recourant s'est vu accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Eric Kaltenrieder étant nommé en tant qu'avocat d'office.

L'OAI s'est déterminé le 7 novembre 2008, concluant au rejet du recours ainsi que de la requête d'expertise.

Le recourant produit des rapports médicaux de ses médecins traitants. Ainsi, le 11 février 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin-chef du

Service d'antalgie de l'Hôpital d' [...] écrit que cliniquement, il n'y a pas d'amélioration quant à la mobilité de l'épaule, qu'on se trouve en face d'une épaule gelée et que vu la situation clinique, l'utilisation de son MSG est impossible pour le recourant, une reprise de son activité professionnelle antérieure étant nullement envisageable.

Le 30 janvier 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique, de traumatologie de l'appareil moteur et de chirurgie de la main du même hôpital, écrit qu'il a observé "au cours de ces derniers mois une ankylose progressive de son épaule" et "que cette ankylose s'est accompagnée effectivement d'une atrophie progressive de sa musculature scapulaire." Ces deux éléments entraînent une négligence du MSG. Toujours selon ce médecin, la répétition des examens n'a pas permis de mettre en évidence de lésion objectivable expliquant l'intensité de la symptomatologie. Le Dr H. \_\_\_\_\_ estime que le recourant n'est pas un simulateur et qu'il souffre effectivement de son bras, ajoutant toutefois qu'il ne comprenait pas les motivations inconscientes qui ont déclenché une telle pseudoparèse. La reprise d'une activité professionnelle de type cafetier-restaurateur ne semblant possible au médecin que dans la mesure où le recourant ne ferait que de la supervision et ne s'occuperait pas de service.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues 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), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et est directement applicable au cas d'espèce (cf. disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 3 avril 2008 par P. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 19 février 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) compte tenu des fêtes judiciaires pascales 2009 (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

**2.** Le litige porte en l'espèce sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant telle qu'opérée par l'OAI suivant l'opinion des médecins du SMR, lesquels réfutent l'existence de toute incapacité de travail. Sur la base des avis de ses médecins traitants, le recourant soutient au contraire que la douleur constante dont il est affecté au niveau de son épaule gauche (qui lui interdit tout mouvement) n'a pas pu être traitée à ce jour, de sorte qu'il serait impossible de lui reconnaître une pleine capacité de travail dans toute profession.

**3. a)** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

**b)** Le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007. Les modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 doivent ainsi être prises en considération en l'espèce (ATF 130 V 455, voir également ATF 130 V 329). A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en vigueur la 5<sup>e</sup> révision de la LAI.

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA I 7/2005 du 17 mai 2005, consid. 2 et I 249/2004 du 6 septembre 2004, consid. 4) ou de la 5<sup>e</sup> révision de cette loi.

**4. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 %

au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, laquelle disposition n'apporte aucun changement dans l'échelonnement précité).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au

dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C\_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 8C\_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C\_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 9C\_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

**d)** En l'espèce, le rapport d'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) établi par les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie du SMR comporte une anamnèse détaillée de l'examiné (p. 1-4), un status ostéoarticulaire et psychiatrique mentionnant notamment les plaintes (p. 4-6), une étude du dossier radiologique mis à disposition (p. 6-7), pose des diagnostics clairs (p. 7), porte une appréciation consensuelle du cas sans contradictions et dûment motivée avec en outre une évaluation de la capacité de travail exigible (p. 7-9). Le rapport SMR précité fait suite à un examen complet effectué par des médecins spécialisés correspondant ainsi aux exigences de la jurisprudence pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 4c infra).

Aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les constatations et conclusions de ce rapport d'examen du SMR, en particulier pas les pièces médicales produites en cours de procédure par le recourant. Au contraire, l'appréciation des deux médecins du SMR paraît corroborée par le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ qui, le 30 janvier 2009, dit avoir constaté une évolution de la situation en ce sens qu'il a observé les derniers mois une ankylose progressive de l'épaule. Cette notion d'ankylose, qui n'apparaît pas dans les rapports médicaux précédents, est donc récente et n'existait pas au moment de la décision attaquée rendue près d'une année auparavant. On peut donc inférer de ce dernier rapport que lorsque les médecins du SMR évoquent des contre-pulsions extrêmement efficaces lors de toute tentative de mobilisation aussi bien au niveau de l'épaule, du coude ou de la main, ils sont dans le vrai et que le recourant bénéficiait à cette époque d'une mobilité de son épaule. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4 et 9C\_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). La décision litigieuse n'apparaît pas critiquable sous l'angle somatique dès lors que celle-ci se fonde sur l'état de santé du recourant à l'époque où elle a été rendue.

Quant à l'aspect psychiatrique, au terme de leur examen clinique, les médecins du SMR n'ont pas mis en évidence d'éléments systématiques définissant la dépression au sens de la classification internationale de la CIM-10 telle qu'alléguée par le recourant (ni dans leur appréciation ni sous une forme séquellaire). Ainsi nonobstant une attitude plaintive du recourant, les médecins du SMR constatent l'inexistence d'une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique susceptible de porter atteinte à sa capacité de travail. Ces conclusions psychiatriques n'étant pas évoquées - et encore moins contestées - par les médecins traitants, leur bien fondé ne saurait par conséquent être rediscuté, de sorte qu'elles ont pleine valeur probante.

En définitive, suivant en ce sens les conclusions du rapport SMR des Drs W. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, la cour de céans constate qu'à l'époque de la décision attaquée, soit en février 2008, le recourant ne présentait aucune incapacité de travail tant sur plan somatique que psychiatrique. Aucune invalidité susceptible d'ouvrir le droit à une rente n'a à juste titre été retenue par l'OAI dans sa décision du 19 février 2008.

**e)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire telle que requise en l'espèce par le recourant. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

**5.** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, les frais judiciaires par 250 fr. sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. L'indemnité d'office de Me Eric Kaltenrieder, conseil d'office du recourant selon décision du 18 août 2008 du Bureau de l'assistance judiciaire, est arrêtée à 2'880 fr., débours par 100 fr. et TVA en sus, soit un montant total arrondi de 3'200 fr. pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

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

- I. Le recours déposé le 3 avril 2008 par P. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 19 février 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Eric Kaltenrieder, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 3'200 fr. (trois mille deux cents francs) 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Eric Kaltenrieder (pour P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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 :