

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 mars 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Zbinden et Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Bichsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Claudio Venturelli,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA et 57 al. 1 let. f LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_, né en 1947, originaire d'ex-Yougoslavie (Serbie), a déposé le 24 mars 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, respectivement d'une rente. Il résulte des pièces versées au dossier que l'assuré, après avoir été notamment préparateur de voitures puis manœuvre dans un garage, a exercé en dernier lieu la profession de mécanicien d'automobiles indépendant jusqu'à l'incendie accidentel de son garage, le 28 janvier 2002, et n'a pas repris d'activité depuis lors.

Dans un rapport établi le 18 juin 2003, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjointe du Service de Rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé dans ce Service du 21 février au 7 mars 2002, en raison de lombocruralgies L4 droites déficitaires sur un plan sensitif et réflexe, dans le cadre d'une hernie discale L3-L4 foraminale droite.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré depuis le mois de décembre 1997, a établi un rapport les 4 et 11 juillet 2003, retenant comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de syndrome plurimétabolique avec complications, de hernie discale L3-L4, ainsi que de polyarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche sur capsulite rétractile. Selon ce praticien, qui relevait depuis quelques mois une évolution faisant craindre un syndrome douloureux somatoforme chez un patient qualifié de "*très marqué par l'arrêt de son activité professionnelle*", la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle de mécanicien depuis son hospitalisation en urgence au CHUV, le 21 février 2002; dans une activité adaptée, soit une activité légère évitant le port de charges, telle que travail à l'établi, il fallait s'attendre à une diminution de rendement (dont le taux n'était pas

précisé), en raison de l'impotence fonctionnelle de son membre supérieur gauche.

Le 16 juin 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office) a rédigé un rapport d'enquête économique pour les indépendants, dont il ressort que l'assuré réalisait en 2001 un revenu annuel (sans invalidité) de 43'390 francs.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office) quant à l'évolution du cas, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué le 5 novembre 2004 que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 % à 75 % depuis le 9 février 2004 au plus tôt, mentionnant par ailleurs une diminution de rendement induite également, depuis 2004, par des douleurs au flanc droit - l'intéressé ayant à cet égard fait l'objet, en 1988, d'une thoracotomie droite pour mésenchymome bénin.

La Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport le 11 août 2005, retenant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics suivants:

- Lombosciatalgies G [gauches] non déficitaires et lombalgies chroniques, status post lombocruralgies déficitaires sur hernie discale L3-L4 foraminale D [droite]
- Status post capsulite rétractile de l'épaule G
- Douleurs hypocondre D en investigations
- Acouphènes G permanents, vertiges"

Selon ce médecin, aucune activité n'était alors exigible de l'intéressé, étant précisé que son état de santé allait s'aggravant.

Dans un rapport établi le 29 septembre 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie du Service médical régional AI (SMR), a relevé que l'évolution du cas, telle que décrite dans le rapport de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, laissait suspecter un trouble somatoforme douloureux persistant, de sorte qu'un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, était indiqué.

Cet examen a été réalisé le 10 mars 2006 par le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dresse M. \_\_\_\_\_ du SMR, respectivement spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et psychiatre FMH. Dans leur rapport, établi le 20 juin 2006, ces médecins ont conclu à l'absence d'atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, retenant notamment les diagnostics de status après lombocruralgies droites en février 2002 sur hernie discale L3-L4 foraminale droite (M54.4), de status après PSH gauche en juin 2003 (M75.1), ainsi que de production fictive de symptômes somatiques (F68.1). Du point de vue psychiatrique, il était relevé que l'assuré ne présentait aucune atteinte pouvant porter préjudice à sa capacité de travail, et ne souffrait, dans le contexte de symptômes douloureux chroniques, d'aucun trait prémorbide de la personnalité, d'aucune comorbidité psychiatrique, d'aucune affection corporelle chronique ni de perte d'intégration sociale. Du point de vue somatique, le status ostéoarticulaire était parfaitement dans les normes, sans limitations dans les amplitudes articulaires ni signe clinique objectif en faveur d'une pathologie ostéoarticulaire significative, l'assuré présentant par ailleurs une musculature posturale parfaitement conservée, voire athlétique; le seul élément probant du status clinique étant la production de symptômes vraisemblablement de type factice. Etaient dès lors "*tout au plus*" retenues, à titre de mesures de prévention du rachis dorsolombaire, les limitations fonctionnelles suivantes: absence de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, absence de positions statiques debout au-delà de trente minutes et assise au-delà d'une heure et demi, absence de positions répétées en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc contre résistance. Cela étant, la capacité de travail de l'assuré était réputée pleine et entière tant dans son activité habituelle, pour autant que les considérations d'épargne du rachis soient respectées, que dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail attestée par le Dr H. \_\_\_\_\_ et par la Dresse Q. \_\_\_\_\_ n'ayant, selon les médecins du SMR, aucun fondement d'ordre médical.

Par décision du 23 août 2006, confirmant un projet de décision du 14 juillet 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par

l'assuré, au motif que, d'après les conclusions des médecins du SMR, sa capacité de travail était réputée pleine et entière tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité.

**B.** K.\_\_\_\_\_, désormais représenté par l'avocat Claudio Venturelli, a formé recours contre cette décision par acte du 25 septembre 2006, concluant notamment, préalablement, à son annulation à titre préjudiciel pour violation du droit d'être entendu.

Dans sa réponse du 15 décembre 2006, l'OAI a notamment admis n'avoir pas tenu compte, par erreur, de la suspension du délai durant les fêtes judiciaires, en ce sens qu'il avait rendu la décision attaquée avant l'échéance du délai de contestation de son projet de décision du 14 juillet 2006.

Par jugement du 29 janvier 2007 (cause n° [...]), le Tribunal des assurances a admis le recours et annulé la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'office afin qu'il en complète l'instruction puis rende une nouvelle décision. Compte tenu du caractère formel du droit d'être entendu, le recours a été admis sans examen de l'application du droit matériel.

**C.** En cours d'instance, l'OAI a relevé, dans un rapport final du 29 novembre 2006, que la majorité des tâches d'un mécanicien d'automobiles nécessitaient des positions n'épargnant pas le rachis, notamment en porte-à-faux et en antéflexion du tronc, de sorte que cette activité n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR. Il a dès lors procédé, dans un document interne du 23 novembre 2006 annexé à ce rapport, au détail du calcul du salaire exigible de l'intéressé, aboutissant à un revenu d'invalidé d'un montant supérieur à celui du revenu sans invalidité.

Le 19 avril 2007, l'OAI a soumis un nouveau projet de décision à l'assuré, dans le sens du rejet de sa demande de prestations. Il a relevé que, compte tenu des limitations fonctionnelles telles qu'arrêtées dans le

rapport établi par le médecins du SMR le 20 juin 2006, l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer en plein son activité habituelle de mécanicien d'automobiles; en revanche, une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans toute activité adaptée à dites limitations. Comparant les revenus avec et sans invalidité tels qu'arrêtés dans le détail du calcul du salaire exigible mentionné ci-dessus, l'office a conclu que le revenu d'invalidité auquel l'intéressé pouvait raisonnablement prétendre dans une activité adaptée était au moins aussi élevé que celui qu'il aurait pu réaliser sans atteinte à la santé, et qu'il ne présentait de ce chef aucune invalidité au sens de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de sa contestation à ce projet de décision, l'assuré a fait établir une expertise privée, réalisée les 30 novembre 2007 et 11 février 2008 par la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport, établi le 25 février 2008, ce médecin a retenu comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics suivants:

"1. Lombalgies chroniques sur

- Status après lombo-cruralgie déficitaire au plan sensitif et réflexe sur hernie discale L3-L4 en février 2002
- Status après lombo-sciatalgie non déficitaire à gauche en 2005
- Atteinte dégénérative sous forme d'une discopathie pluri-étagée, prédominant au niveau L3-L4 et d'une arthrose postérieure de L3 à S1

2. Périarthropathie des deux épaules avec récurrence actuelle à droite et status après capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2003

3. Possible syndrome de stress post-traumatique"

Dans son appréciation du cas, la Dresse J.\_\_\_\_\_ relevait que l'assuré avait très mal vécu l'incendie de son garage en 2002 et qu'il avait ensuite longtemps rêvé de cet événement, dont l'évocation déclenchait encore actuellement des sentiments d'angoisse et de peur. A son avis, l'intéressé avait présenté une atteinte psychique dans les suites de cet incendie, qui n'avait alors pas été évaluée, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique était indispensable. Cela étant, la Dresse J.\_\_\_\_\_ concluait, s'agissant des atteintes au rachis, à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité habituelle dans un délai de 6 à 8

semaines après l'épisode aigu de février 2002, tout en précisant qu'il lui était impossible de dire pendant quelle durée l'atteinte des épaules, en particulier la capsulite rétractile à gauche, aurait pu le limiter dans son activité habituelle; dans une activité adaptée, soit une activité ne nécessitant ni port de charges, ni mouvements en antéflexion et en rotation du torse, ni mouvements répétitifs des membres supérieurs impliquant le port de charges, et permettant une alternance des positions assise et debout, une capacité de travail de 50 % était exigible de sa part, étant précisé qu'il convenait de tenir compte également du fait que l'assuré avait de la peine à lire en français, qu'il ne savait pas l'écrire, et qu'il avait des difficultés en calcul. Interpellée quant aux éventuels points de divergence entre son appréciation et celle des médecins du SMR, respectivement quant aux motifs de ces éventuelles divergences, la Dresse J. \_\_\_\_\_ exposait ce qui suit:

"Lors de l'examen de Monsieur K. \_\_\_\_\_, je n'ai pas eu l'impression qu'il produise des symptômes de type factice.

Une personne présentant une atteinte dégénérative du rachis avec des lombalgies ou même des lombo-sciatalgies récidivantes, peut présenter dans un intervalle peu douloureux une mobilité lombaire quasiment normale, ce qui était le cas lors de l'examen au SMR.

Une personne qui a présenté des périarthropathies de l'épaule gauche et même une capsulite rétractile de l'épaule, peut avoir une musculature supérieure normale, je n'ai par ailleurs pas été frappée par ce développement important de la musculature du thénar et de l'hypothenar au niveau du membre supérieur droit, qui traduirait la persistance d'une "activité physique manuelle".

A la lecture de l'anamnèse psycho-sociale et psychiatrique, je suis étonnée de ne pas trouver de trace de l'incendie de son garage. Il s'agit pourtant d'un événement inhabituel et extraordinaire, pouvant être vécu et ressenti comme traumatisant."

Par courrier du 29 avril 2008, l'assuré, se référant aux conclusions la Dresse J. \_\_\_\_\_, a fait valoir qu'il y avait d'ores et déjà lieu de lui reconnaître une invalidité de 50 % à compter du mois de février 2003 - soit à l'échéance du délai de carence d'un an dès le début de l'incapacité de travail durable -, et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, "*réalisée hors SMR*".

Le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du SMR, s'est déterminé sur l'appréciation et les conclusions de la Dresse J.\_\_\_\_\_ par avis du 18 juin 2008, relevant en premier lieu que les diagnostics retenus par ce médecin n'étaient "*pas différents de ceux décrits lors de l'examen bidisciplinaire au SMR*", seule l'évaluation de leur impact sur la capacité de travail divergeant. Concernant le diagnostic de possible syndrome de stress post-traumatique, il était mentionné pour la première fois, l'assuré n'ayant jamais fait état auparavant de symptômes pouvant correspondre à un tel tableau nosologique. Or, selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le syndrome de stress post-traumatique apparaissait généralement dans les six mois suivant l'accident causal, et évoluait spontanément vers la guérison. En outre, l'examen psychiatrique au SMR n'avait révélé aucune pathologie; le fait que l'assuré n'ait pas parlé de l'incendie au psychiatre n'invalidait en rien l'examen, mais démontrait tout au plus qu'il n'était pas alors préoccupé par cet événement. Le Dr B.\_\_\_\_\_ concluait dès lors ce qui suit:

"Au vu de ce qui précède, on peut admettre l'incapacité de travail de 50 % comme mécanicien indépendant depuis février 2002, en dehors de courtes périodes d'incapacités totales lors des poussées douloureuses.

En revanche on ne comprend pas pourquoi une activité légère adaptée, épargnant le rachis et les épaules, serait elle aussi frappée d'une diminution de rendement de 50 %. Ceci n'est pas argumenté par la Dresse J.\_\_\_\_\_. Les difficultés de lecture, d'écriture, de calcul et la mauvaise connaissance de la langue française ne sont pas du domaine de l'AI. Nous maintenons par conséquent qu'il persiste une pleine exigibilité dans une activité adaptée."

Par décision du 7 juillet 2008, l'OAI, faisant siennes les conclusions de ce dernier avis du SMR, a confirmé le projet de décision du 19 avril 2007, en ce sens que, en l'absence de préjudice économique subi par l'assuré du fait de ses atteintes, sa demande de prestations était rejetée faute d'une quelconque invalidité.

**D.** K.\_\_\_\_\_ a, par acte du 9 septembre 2008, formé recours devant le Tribunal des assurances contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui était octroyée et, subsidiairement, à son annulation, avec pour suite le renvoi

de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, l'intéressé a notamment produit les pièces suivantes:

- Un rapport établi le 1<sup>er</sup> septembre 2008 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ensuite d'un examen psychiatrique réalisé en août 2008 sur la base des pièces versées au dossier, d'entretiens avec l'assuré et avec l'un de ses fils, enfin d'un entretien téléphonique avec le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin traitant. S'agissant de l'évolution du cas, ce psychiatre a retenu que l'intéressé avait sans aucun doute présenté un état de stress post-traumatique (F43.1) après l'incendie de son garage - dont le contexte répondait bien aux critères nécessaires concernant l'événement traumatisant. La symptomatologie de l'état de stress post-traumatique s'était néanmoins atténuée au fil du temps, ce diagnostic ne pouvant plus être posé à l'heure actuelle au sens strict, et l'expertisé avait par la suite développé une symptomatologie anxio-dépressive correspondant à un trouble de l'adaptation (F43.2), réactionnel à son manque progressif de valorisation narcissique et à son état de faiblesse physique progressivement plus limitant. Ce trouble de l'adaptation s'était transformé, depuis environ un an et demi, en état dépressif d'intensité moyenne (F32.1), de par la probable prise de conscience des difficultés existantes, en rapport avec l'affection orthopédique et avec l'aggravation des limitations liées au diabète. A l'heure actuelle, était posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), le Dr P.\_\_\_\_\_ précisant à cet égard notamment ce qui suit:

"Ils [*i.e.* les médecins du SMR] font figurer un diagnostic psychiatrique sous forme de « *Production fictive de symptômes somatiques F68.1* ». A la lecture du rapport SMR, il semble excessif, voire incorrect, de faire figurer ce diagnostic. En effet, il ne ressort du rapport SMR aucun élément du type de ceux décrits dans la rubrique F68.1 de la CIM-10 (simulation répétée et incohérente de symptômes en l'absence d'un trouble physique, automutilations, investigations et interventions chirurgicales répétées, par exemple). Au contraire, le rapport décrit une personne souriante et collaborante, qui semble exempte de toute pathologie psychiatrique. De surcroît, il n'y a que deux signes sur cinq de non-organicité selon Waddel, selon les examinateurs du SMR, ce qui est un score faible."

[...]

"Le trouble dépressif est diagnostiqué en rapport avec un abaissement général de l'humeur chez le concerné, ainsi qu'une diminution du plaisir et de l'intérêt et une réduction de l'énergie. Alors qu'il a toujours travaillé et qu'il a réussi plusieurs reconversions, l'expertisé n'est plus actif professionnellement depuis six ans. Il n'a plus de contact social, ne participe plus aux activités de son entourage, n'entreprend plus aucune activité de loisir, ni sur le plan physique, ni mentalement.

Une diminution de l'estime de soi et de la confiance est mise en évidence. En disant de lui qu'il est « *foutu* », l'expertisé montre une nette tendance au rabaissement de sa personne, avec un sentiment de ruine. Il n'a aucun projet pour l'avenir, exprime des idées pessimistes (expulsion de l'assistance sociale et privation du soutien vital). Il ne sait pas où il va.

En cela, son évolution s'est manifestement aggravée puisqu'il semble encore pouvoir se projeter dans l'avenir au moment de l'examen du SMR (cf. status psychiatrique)."

[...]

"Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux évoqué par le Dr H. \_\_\_\_\_ en juillet 2003 ne paraît pas pertinent dans ce cas où il existe des affections physiques qui expliquent l'essentiel des douleurs.

Par contre, ce diagnostic évoqué en 2003 par le Dr H. \_\_\_\_\_ semble traduire que le médecin traitant suspectait d'autres facteurs à l'origine de l'incapacité de travail, facteurs qu'il n'arrivait pas à identifier. L'existence d'un état de stress post-traumatique, dont l'expertisé était honteux et qu'il cherchait à contenir face à son médecin traitant, pourrait expliquer ce décalage."

Le Dr P. \_\_\_\_\_ concluait qu'il n'était pas exigible de l'assuré qu'il reprenne une activité, les atteintes au niveau somatique, impliquant de fortes limitations sur le plan de la valorisation narcissique, ayant progressivement décompensé son équilibre psychique, déjà mis à rude épreuve par sa vie riche en émotions de toutes sortes et par l'incendie traumatisant de son garage, en janvier 2002. Interpellé quant aux éventuels points de divergence entre son appréciation et celle des médecins du SMR, respectivement quant aux motifs de ces éventuelles divergences, le Dr P. \_\_\_\_\_ exposait ce qui suit:

"Mon appréciation est différente de celle du SMR.

J'ai pu constater que Monsieur K. \_\_\_\_\_ retient ses émotions et cherche à présenter l'image d'un homme solide et fort. Il est d'une

nature très fière et ne peut se laisser aller à ses émotions qui correspondent probablement à un signe de faiblesse à ses yeux.

Il n'exagère pas ses symptômes, mais il cherche au contraire à en réduire la partie apparente.

Il a traversé des situations éprouvantes sur le plan psychique, tel la mort de plusieurs de ses enfants, ainsi que la guerre dans son pays d'origine. Ces épreuves ont sans doute altéré sa capacité à s'émouvoir, à se laisser aller et à se plaindre en public.

Il est dès lors compréhensible que le SMR, dans le cadre d'une évaluation sommaire, ait perçu une personne souriante et collaborante qui semblait aller bien.

Il faut admettre d'autre part qu'il existe une aggravation progressive de l'état psychique et physique de l'expertisé au cours des deux dernières années.

Monsieur K. \_\_\_\_\_ s'est très probablement présenté dans un état moins préoccupant au SMR en 2006, que ce n'est le cas en 2008."

- Un courrier de la Dresse J. \_\_\_\_\_ adressé au conseil de l'assuré le 8 septembre 2008, dans lequel ce médecin relevait le caractère sommaire de l'examen psychiatrique effectué le 10 mars 2006 par le Dresse M. \_\_\_\_\_, et mentionnait que, d'après ses connaissances en tant que spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale, le syndrome de stress post-traumatique n'évoluait de loin pas toujours spontanément vers la guérison. Par ailleurs, sur le seul plan somatique, la Dresse J. \_\_\_\_\_ indiquait que, dès lors qu'elle n'avait pas d'argument pour des symptômes factices, son appréciation de la capacité de travail de l'assuré différait de celle des médecins du SMR; elle estimait que la capacité de travail exigible de l'intéressé était de 50 % dans une activité adaptée, *"tout en tenant compte des critères non relevant pour l'assurance-invalidité (âge, mauvaise connaissance de la langue française, difficultés de lecture, d'écriture et de calcul)"*.

Dans son recours, l'intéressé a fait valoir, en substance, que le rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR – sur lequel s'était exclusivement fondé l'office pour statuer sur sa demande de prestations – ne remplissait pas les conditions requises en matière de valeur probante, en ce sens qu'il n'était plus d'actualité, qu'il était contradictoire sur certains points importants, enfin qu'il était incomplet, parce que rédigé sur

la base d'une anamnèse lacunaire, en particulier du point de vue psychosocial et psychiatrique. Au contraire, les deux rapports faisant suite aux expertises mises en œuvre à titre privé remplissaient, à son sens, toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante; il n'y avait dès lors pas lieu de s'en écarter, de sorte qu'il convenait de retenir que sa capacité de travail était nulle même dans une activité adaptée. A titre subsidiaire, le recourant critiquait les montants retenus à titre de revenus avec et sans invalidité par l'office, relevant en particulier que, compte tenu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, le revenu d'invalidé - supérieur à celui qu'il réalisait jusqu'en 2002 dans son activité habituelle, sans invalidité - était largement surévalué. Il requérait enfin, le cas échéant, que la Dresse J.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_ soient interpellés par écrit, subsidiairement soient convoqués en qualité de témoins, pour éclaircir d'éventuels points qui mériteraient encore de l'être.

Dans sa réponse du 25 novembre 2008, l'OAI a estimé que les arguments développés par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Concernant les appréciations du Dr P.\_\_\_\_\_ et de la Dresse J.\_\_\_\_\_, telles que résultant des pièces produites par l'intéressé à l'appui de son recours, l'office indiquait se rallier entièrement à deux avis rendus le 3 novembre 2008 par le SMR, annexés à sa réponse.

Dans le premier de ces avis, relatif au rapport établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH du SMR, relevait que l'anamnèse, voire l'examen de l'assuré, étaient essentiellement orientés par l'entretien avec son fils, et ne correspondait pas complètement à la présentation et au discours de l'expertisé lui-même; le psychiatre du SMR indiquait ne pas très bien comprendre ce qui motivait cette façon de faire, et se demandait quelles étaient les conséquences assurantielles et jurisprudentielles d'une telle pratique. Par ailleurs, il estimait que le Dr P.\_\_\_\_\_ évoquait "*un amalgame de considérations et hypothèses organiques et psychiques, se basant tout à la fois sur son expertise mais aussi sur celle de la Dresse J.\_\_\_\_\_ en date du 25.02.2008*" - étant précisé que cette dernière expertise reprenait les diagnostics déjà retenus

lors de l'examen réalisé par les médecins du SMR le 10 mars 2006 "*agrémentés d'une révélation concernant l'état psychique de l'assuré*", révélation qui se trouvait hors du domaine de compétence de l'expert et ne serait pas reprise par le médecin traitant. En outre, selon le Dr V.\_\_\_\_\_, les "*hypothèses de travail*" du Dr P.\_\_\_\_\_ ne lui permettaient cependant pas de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, puisque l'on ne trouvait nulle part, dans son rapport, de description des limitations fonctionnelles, de pourcentage d'incapacité de travail ni de date de début d'une problématique psychiatrique incapacitante. Enfin, lorsqu'un expert envisageait une symptomatologie non précédemment traitée par le médecin traitant, il était "*classique*" qu'il se permette de préciser les orientations thérapeutiques de nature à améliorer la symptomatologie, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Le Dr V.\_\_\_\_\_ concluait en conséquence que le rapport d'expertise établi par le Dr P.\_\_\_\_\_ n'apportait "*pas d'éléments convaincants concernant des arguments psychiatriques précis pouvant modifier l'appréciation du SMR concernant la capacité de travail évaluée lors de l'examen rhumatologique et psychiatrique du 10.03.2006*".

Dans le second avis du SMR, relatif au courrier du 8 septembre 2008 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_, se référant à la CIM-10, relevait que ni le délai de survenance, ni le passage à un trouble chronique ne permettaient de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique dans le cas d'espèce; au surplus, l'appréciation de l'état de santé psychique du recourant sortait du domaine de compétence de la Dresse J.\_\_\_\_\_. Sur le plan somatique, le Dr B.\_\_\_\_\_ estimait que le courrier en cause n'apportait aucun élément nouveau, respectivement que le status n'était pas contesté, seule l'estimation de la capacité de travail de l'assuré différait d'avec celle retenue par les médecins du SMR. Or, la Dresse J.\_\_\_\_\_ faisait intervenir des facteurs extra-médicaux, tels que l'âge et la durée de l'inactivité. Le Dr B.\_\_\_\_\_ maintenait en conséquence que, sur le plan somatique, l'exigibilité était entière.

Le recourant a répliqué par écriture du 15 janvier 2009, soutenant derechef que les appréciations ressortant des rapports

d'expertise qu'il avait produits devaient être retenues au détriment de celles du SMR, réputées non probantes. Il a produit des avis du Dr P.\_\_\_\_\_ et de la Dresse J.\_\_\_\_\_ concernant les avis respectifs rendus le 3 novembre 2008 par les médecins du SMR, auxquels il renvoyait intégralement.

Dans son avis du 22 décembre 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a en substance relevé que les remarques du Dr V.\_\_\_\_\_ ne portaient pas sur le fond de la problématique, mais uniquement sur des points secondaires. En \_\_\_\_\_ outre, \_\_\_\_\_ selon \_\_\_\_\_ le Dr P.\_\_\_\_\_, le complément d'anamnèse par l'un des fils du recourant auquel il avait procédé se justifiait en raison des difficultés linguistiques de ce dernier, mais également - et surtout - en raison d'une difficulté d'extériorisation du ressenti et d'une sensibilité narcissique extrême; le discours du fils rendait cohérente et plausible cette situation, alors que l'image dressée par les experts du SMR sur la base de leurs observations comportait des contradictions qui demeuraient inexplicées. Par ailleurs, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'étonnait que le Dr V.\_\_\_\_\_ semble accorder une valeur significative au fait que le Dr H.\_\_\_\_\_, qui n'était pas psychiatre, n'ait pas constaté d'état dépressif, infirmant ainsi le diagnostic psychiatrique qu'il avait lui-même posé, en tant que psychiatre. Enfin, il relevait que ses investigations, qui n'étaient pas de simples "*hypothèses de travail*", lui permettaient bel et bien de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé, mais qu'il n'avait pas voulu fournir des indications précises, dates et pourcentages, qui ne lui avaient pas été demandées; si le SMR avait besoin d'un complément d'information, il le fournirait volontiers.

Quant à la Dresse J.\_\_\_\_\_, elle a relevé, dans son avis du 8 janvier 2009, que l'analyse du bilan radiologique, tel que résultant de radiographies récentes, montrait une aggravation de l'atteinte dégénérative, le fait qu'elle avait examiné le recourant presque deux ans après l'examen du SMR pouvant ainsi également expliquer pourquoi elle estimait, en février 2008, l'incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Elle a par ailleurs précisé que ce taux d'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était retenu indépendamment de tout

facteur psychosocial, la phrase en cause de son écriture du 8 septembre 2008, mal formulée, ayant été mal interprétée par le médecin du SMR.

Dans une écriture du 18 février 2009, l'OAI a confirmé ses conclusions, se référant à un nouvel avis rendu le 5 février 2009 par le Dr B.\_\_\_\_\_, lequel indiquait n'avoir rien à ajouter aux précédents avis rendus le 3 novembre 2008.

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

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD

(loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative,

RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

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

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD),

ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante du rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR, sur lequel l'OAI s'est fondé pour rendre la décision attaquée. Il fait ainsi grief à l'intimé d'avoir statué sur la base d'une constatation inexacte, à tout le moins incomplète, des faits pertinents, respectivement d'avoir violé les règles de droit fédéral en matière d'appréciation des preuves, et conclut principalement, en se référant aux appréciations de la Dresse J. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_, experts mandatés à titre privé, à son droit à l'octroi d'une rente entière.

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

Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** En l'espèce, l'OAI, faisant siennes les conclusions du rapport établi le 20 juin 2006 par la Dresse M.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_, respectivement des avis subséquents des Drs B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, a retenu que la capacité de travail du recourant était pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit ne nécessitant ni port de charges d'un poids supérieur à 15 kg de façon répétitive, ni positions statiques debout au-delà de trente minutes et assise au-delà d'une heure et demi, ni positions répétées en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc contre résistance. Le recourant, se référant aux conclusions des expertises de la Dresse J.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_, conteste cette appréciation, invoquant l'existence d'atteintes invalidantes tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, et conclut qu'aucune activité n'est plus exigible de sa part.

**aa)** Il y a lieu de relever d'emblée que la Dresse J.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_ ont expressément fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'examen réalisé le 10 mars 2006 par les médecins du SMR. Dès lors que l'aggravation alléguée par ces médecins a été identifiée comme étant antérieure à la date de la décision attaquée - la Dresse J.\_\_\_\_\_ se référant notamment dans son rapport du 25 février 2008 à des radiographies des deux épaules, respectivement de la colonne lombaire, réalisées en février 2008, et le Dr P.\_\_\_\_\_ relevant dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2008 que l'évolution de l'intéressé sur le plan psychique "*s'est manifestement aggravée*" "*au cours des deux dernières années*" -, elle est de nature à remettre en cause le bien-fondé cette décision.

Sur le plan somatique, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a ainsi relevé dans son avis du 8 janvier 2009 que les récentes radiographies sur lesquelles elle s'était notamment fondée avaient documenté une aggravation de l'atteinte dégénérative, ce qui pouvait également expliqué pourquoi son appréciation de la capacité de travail du recourant différait de celle retenue par les médecins du SMR. On ne saurait dès lors suivre le Dr B.\_\_\_\_\_, lorsqu'il considère dans son avis du 18 juin 2008 que le tableau diagnostique dressé par la Dresse J.\_\_\_\_\_ ne serait pas différent de celui décrit dans le rapport établi le 20 juin 2006 par la Dresse M.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_, ce d'autant moins que, dans ce dernier rapport, les diagnostics retenus sur le plan somatique sont invariablement précédés de l'adjonction "*status après*", laissant implicitement entendre que les affections en cause seraient résolues, à l'exception de séquelles de peu d'importance; ainsi ces atteintes étaient-elles réputées, selon les médecins du SMR, n'avoir aucune répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, les limitations fonctionnelles en découlant n'étant retenues qu'à titre préventif. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué que la périarthropathie présentée par le recourant touchait ses deux épaules, avec récurrence actuelle à l'épaule droite, indication que l'on ne saurait, à l'évidence, assimiler purement et simplement au diagnostic de "*status après PSH gauche en juin 2003*" posé par les médecins du SMR. Enfin, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a précisé le 8 janvier 2009 que la capacité de travail de

50 % dans une activité adaptée retenue ne portait que sur les seules répercussions des atteintes présentées par le recourant sur le plan somatique, indépendamment des facteurs psychosociaux du cas d'espèce - le fait que le Dr B. \_\_\_\_\_ ait retenu dans son avis du 3 novembre 2008 qu'elle faisait intervenir des facteurs extra-médicaux dans son appréciation de la capacité de travail étant dû à une mauvaise formulation dans son courrier du 8 septembre 2008.

Sur le plan psychique également, le Dr P. \_\_\_\_\_ a fait état, dans son rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> septembre 2008, d'une aggravation manifeste de l'état de santé du recourant *"au cours des deux dernières années"*, précisant que ce dernier s'était *"très probablement présenté dans un état moins préoccupant au SMR en 2006, que ce n'[était] le cas en 2008"*.

Or, les avis respectifs du 3 novembre 2008 rendus par les Drs V. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ne contiennent aucune observation clinique, mais ont bien plutôt pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). En l'espèce, on ne voit pas sur quels éléments médicaux, en l'absence d'examen personnel de l'intéressé, les médecins du SMR auraient pu se fonder dans le cadre de leur synthèse pour infirmer les aggravations alléguées par la Dresse J. \_\_\_\_\_ et le Dr P. \_\_\_\_\_, respectivement, le cas échéant, pour dénier toute répercussion sur la capacité de travail du recourant induite par les aggravations en cause, contrairement à l'avis des experts mandatés à titre privé; au demeurant, les Drs B. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés, à tout le moins pas explicitement, sur les aggravations alléguées, se contentant en substance de retenir, sans pouvoir fonder leur appréciation sur aucune évaluation médicale récente, que les rapports en cause n'apportaient aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du rapport établi le 20 juin 2006 - soit environ de deux ans auparavant. Le grief du recourant, selon lequel ce dernier rapport ne saurait se voir reconnaître

pleine valeur probante notamment en raison du fait qu'il n'est plus d'actualité, est ainsi à l'évidence fondé.

**bb)** Par ailleurs, force est de constater que les appréciations de la Dresse J.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_ sont de nature, à tout le moins, à remettre sérieusement en cause les conclusions du rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR, et ce indépendamment même de l'aggravation de l'état de santé du recourant attestée. Ainsi la Dresse M.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR ont-ils en substance mis les plaintes de l'intéressé sur le compte d'une production fictive de symptôme somatiques (F68.1). Or, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé de façon convaincante les motifs pour lesquels il paraissait excessif, voire incorrect, de retenir un tel diagnostic, compte tenu des critères posés à ce propos dans la rubrique F68.1 de la CIM-10; la Dresse J.\_\_\_\_\_ n'a pas davantage retenu ce diagnostic, justifiant également par cette divergence le fait que son appréciation de la capacité de travail du recourant différait de celle retenue par les médecins du SMR. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a en outre motivé, dans son rapport du 25 février 2008, les points de divergence entre son évaluation et celle de la Dresse M.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_, relevant notamment qu'une personne atteinte d'une affection dégénérative du rachis avec des lombalgies ou même des lombo-sciatalgies récidivantes pouvait présenter dans un intervalle peu douloureux une mobilité lombaire quasiment normale, ce qui avait été le cas lors de l'examen au SMR; dans son avis du 18 juin 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_ n'a aucunement pris position sur cet argument, non sans admettre l'incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de mécanicien indépendant depuis le mois de février 2002 attestée par la Dresse J.\_\_\_\_\_, et ce en totale contradiction avec le rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR, qui avait conclu à l'absence d'atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, on ne s'explique pas comment les médecins du SMR ont pu retenir des limitations fonctionnelles, fût-ce à titre de mesures de prévention pour préserver le rachis, tout en niant le caractère invalidant des atteintes présentées par l'intéressé, ce qui est également de nature à remettre en cause les conclusions de leur évaluation.

En outre, sur le plan psychiatrique, le rapport établi le 1<sup>er</sup> septembre 2008 par le Dr P. \_\_\_\_\_ est autrement plus détaillé, aussi bien sur les plans anamnestique, clinique et diagnostique qu'au niveau de l'appréciation générale du cas, que le volet psychiatrique pour le moins sommaire du rapport bidisciplinaire du SMR. Le Dr P. \_\_\_\_\_ expose notamment de façon convaincante la personnalité du recourant, singulièrement le fait que ce dernier n'exagère pas ses symptômes, mais cherche au contraire à en réduire la partie apparente, ce qui pourrait expliquer que les médecins du SMR aient perçu une personne souriante et collaborante, qui semblait aller bien; l'évolution du cas depuis l'incendie du garage de l'intéressé, telle que décrite par le Dr P. \_\_\_\_\_, apparaît également vraisemblable, et le diagnostic posé d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) est motivé de façon probante. A cet égard, il convient de relever que les remarques du Dr V. \_\_\_\_\_ concernant le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ ne portent aucunement sur le fond de la problématique, mais s'attachent à des points de détail: on ne saurait ainsi *a priori* remettre en cause les conclusions de l'expert mandaté à titre privé au motif qu'il a procédé à un complément d'anamnèse par le biais d'un entretien avec l'un des fils du recourant - complément qui apparaissait au contraire pleinement justifié dans le cas d'espèce, compte tenu des difficultés linguistiques et surtout de la personnalité de l'intéressé -, qu'il ne s'est pas prononcé précisément sur l'évolution de la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles (questions qui ne lui étaient pas expressément posées), ou encore qu'il n'a pas émis de proposition thérapeutique. L'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ concernant les remarques du Dr V. \_\_\_\_\_ apparaît ainsi tout à fait pertinent, avis auquel le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a au demeurant opposé aucun argument dans son dernier avis du 5 février 2009.

**cc)** Il résulte de ce qui précède que, compte tenu des appréciations divergentes, dûment motivées, des experts mandatés à titre privé par l'intéressé, respectivement de l'aggravation de son état de santé attestée tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, on ne saurait reconnaître pleine valeur probante au rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR. C'est dès lors à juste titre que le recourant fait

grief à l'intimé d'avoir statué sur la base d'une constatation inexacte, à tout le moins incomplète, des faits pertinents, et d'avoir violé les règles de droit fédéral sur l'appréciation des preuves (cf. ATF 122 V 157, ATF 125 V 351 et TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 précités).

**3.** Cela étant, les pièces versées au dossier, singulièrement les rapports d'expertise de la Dresse J.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_, ainsi que les déterminations subséquentes de ces deux médecins, ne permettent de pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux. D'une part en effet, le fait que les conclusions des rapports d'expertise soient de nature à remettre en cause celles du rapport des médecins du SMR, comme indiqué ci-dessus, ne signifie pas encore que les appréciations des experts mandatés à titre privé devraient sans autre être suivies, en particulier s'agissant des répercussions en terme de capacité de travail des atteintes attestées. D'autre part, la Dresse J.\_\_\_\_\_ ni le Dr P.\_\_\_\_\_ ne se sont prononcés sur l'évolution de la capacité de travail du recourant dans une activité réputée adaptée à ses atteintes, la première retenant à cet égard une capacité de travail de 50 %, le second estimant qu'aucune activité n'est plus exigible de sa part, ceci à la date de leurs expertises respectives; les experts mandatés à titre privé, à tout le moins le Dr P.\_\_\_\_\_, n'ont en effet pas estimé qu'ils devaient se prononcer de manière précise sur l'évolution de la capacité de travail, respectivement sur celle des limitations fonctionnelles induites par les atteintes présentées par l'intéressé, au sens de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où tous deux attestent par ailleurs d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'examen pratiqué par les médecins du SMR, on ne saurait à l'évidence, sans autre précision, retenir les taux d'incapacités en cause à titre rétroactif. A cet égard, il y a lieu de relever que le recourant ne précise pas à compter de quelle date il conclut à son droit à l'octroi d'une rente entière.

En l'espèce, une mesure d'instruction ponctuelle édictée par l'autorité de céans, par hypothèse une interpellation de la Dresse J.\_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ du Dr P.\_\_\_\_\_ quant à l'évolution de la capacité de travail du recourant, ne

serait pas de nature à permettre de statuer valablement. En effet, le taux d'incapacité de travail de l'intéressé ne saurait résulter de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais doit bien plutôt procéder d'une évaluation globale du cas, par le biais, en général, d'une expertise pluridisciplinaire (cf. TF I 131/03 du 22 mars 2004, consid. 2.3, et TF I 207/04 du 23 juin 2004, consid. 7). Dans ces conditions, et dès lors qu'il appartient au premier chef aux Offices AI d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA et 57 al. 1 let. f LAI), il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer (cf. consid. 2c *supra*), à annuler la décision attaquée et à renvoyer le dossier de la cause à l'office pour qu'il en complète l'instruction, par le biais d'une évaluation consensuelle portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique, puis rende une nouvelle décision. Pour ce faire, l'OAI pourra, le cas échéant, s'adresser au Dr P. \_\_\_\_\_ s'agissant des atteintes présentées par le recourant sur le plan psychique, respectivement à la Dresse J. \_\_\_\_\_ s'agissant des atteintes présentées par le recourant sur le plan somatique, lesquels ont d'ores et déjà une connaissance approfondie du cas, et dont les appréciations sont, comme relevé ci-dessus, particulièrement étayées et convaincantes. Dans tous les cas, il importe que l'office ne tarde pas à rendre une nouvelle décision, étant donné que la demande de prestations a été déposée en 2003.

**4. a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics, tels les OAI (cf. art. 54 ss LAI).

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

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

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 7 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision, au sens des considérants.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant K.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Claudio Venturelli, à 1002 Lausanne (pour K. \_\_\_\_\_);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :