

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 septembre 2012

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges      :      Mme Di Ferro Demierre et M. Perdrix, assesseur  
Greffière      :      Mme      Cattin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Monique Gisel,  
avocate au Mont-sur-Lausanne,

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.** Le 4 novembre 2006, O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, ressortissant de Macédoine, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il a indiqué souffrir de maux de dos et de nuque depuis environ 10 ans.

L'assuré est employé depuis 1989 par la [...] (ci-après : [...]), à Lausanne, comme poseur d'affiches.

Le 28 juillet 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a établi un rapport qui a notamment la teneur suivante :

### **"DIAGNOSTICS :**

**Pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes, dans un contexte d'hémisyndrome douloureux droit, évoquant un trouble somatoforme douloureux.**

- Dysbalances musculaires et déconditionnement physique global et focal.

### **Co-morbidités :**

Probable état anxio-dépressif réactionnel.

### **DISCUSSION :**

Comme vous le mentionnez dans vos lignes du 17 juillet dont je vous remercie, il existe un substratum physique indiscutable à la symptomatologie présentée par notre patient, substratum cependant largement supplanté par les manifestations cliniques de celui-ci. Dans ce contexte, j'ai pu discuter avec Monsieur O.\_\_\_\_\_ des différentes composantes des douleurs articulaires en général, en lui montrant en particulier sur l'IRM les discrètes lésions musculaires visibles, ainsi que les conséquences en terme de rééducation que celles-ci impliquent.

Sur le plan pratique, l'expérience me montre que seule une approche faite dans une langue aussi proche que possible de celle du patient permet d'obtenir un résultat, tant l'information est primordiale. Je vous propose donc d'envoyer Monsieur O.\_\_\_\_\_ au cabinet de physiothérapie de Monsieur D.\_\_\_\_\_, dans le complexe commercial de [...], Monsieur D.\_\_\_\_\_ parlant le serbo-croate qui est l'une des langues que Monsieur O.\_\_\_\_\_ comprend mieux que le français. Le message que j'ai essayé de lui faire passer était celui de l'installation progressive des dysbalances musculaires, sur

surcharges mécaniques, lesquelles entraînent des surmenages articulaires, devenant à la longue douloureuses et entraînant le cercle vicieux habituel douleur persistante-réactions psychologiques de surcharge, sous forme en particulier d'un état anxio-dépressif.

J'ai l'impression que Monsieur O. \_\_\_\_\_ a compris le message. Néanmoins, je pense qu'il est nécessaire que Monsieur D. \_\_\_\_\_ puisse le recevoir et mettre en pratique les corrections des dysbalances et des troubles de la mobilité. J'ai également expliqué au patient qu'un travail de l'ordre de 3 à 12 mois était nécessaire, en terme de rééducation, pour obtenir un résultat tangible. Parallèlement, j'ai également insisté sur les aspects de la dépression et de son traitement.

Pour gagner du temps et à toutes fins utiles je fais également mettre copie de la présente pour Monsieur D. \_\_\_\_\_ lui-même.

Je vous laisse donc revoir en votre qualité de médecin traitant la situation avec Monsieur O. \_\_\_\_\_ et, le cas échéant, lui prescrire le traitement sachant également que Monsieur D. \_\_\_\_\_, à ma connaissance, est en vacances jusqu'au début août.

Sur le plan professionnel, dans la situation actuelle, le 50 % est le maximum exigible. Je rajoute que malgré les discordances entre la mobilité spontanée et systématique, il n'y a aucun élément en faveur d'une simulation chez ce patient. Nous rentrons, dans ce domaine, dans les troubles du comportement désignés par ailleurs par les signes de Waddell que vous connaissez bien (mais que je n'ai pas jugé utile de rechercher compte tenu de l'ensemble du contexte)".

Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a attesté dans un certificat du 20 novembre 2006 à l'intention de K. \_\_\_\_\_, assurance perte de gain, que l'assuré souffrait de cervicalgies et de lombalgies sur troubles dégénératifs ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux.

Dans un rapport du 22 décembre 2006, la Dresse W. \_\_\_\_\_, neurochirurgienne à [...], a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était de 50 %, mais qu'elle pourrait être augmentée à 100 % après une évaluation psychiatrique.

Le Dr H. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 11 janvier 2007, a estimé que l'activité exercée jusqu'à présent ne pouvait plus être exercée et qu'il était prématuré de se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée.

Le 29 janvier 2007, le Dr L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- "• Cervicalgie sur trouble dégénératif C4-05-C6
- Lombalgie chronique
- Trouble somatoforme douloureux
- Conflit sous acromial aux deux épaules
- Trouble de la personnalité

**Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :**

- Syndrome douloureux de la main gauche, status après fracture de Pouteau Colles du radius distal gauche ostéosynthétisée en 1995,
- Status après décompression chirurgicale du tunnel carpien gauche avec endoneurolyse du nerf médian en 1998".

Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dès le 13 janvier 2007. Des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables dans l'activité de poseur d'affiches et seule une réduction du temps de travail était indiquée dans le but de limiter les efforts physiques à fournir quotidiennement et par là l'importance des sollicitations articulaires au niveau de la colonne cervicale, lombaire et des épaules. Le médecin préconisait une expertise pour déterminer la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il évoquait des facteurs psycho-sociaux. Selon lui, une reconversion professionnelle semblait peu réaliste vu l'âge du patient, son absence de formation professionnelle et les limitations physiques théoriques qui seraient à respecter. La capacité de travail de 50 % était justifiée dans l'activité habituelle, la capacité de travail dans une autre activité restant à définir et devant respecter certaines limitations.

Selon un rapport d'employeur du 16 février 2007, l'assuré gagnerait 59'150 fr. par an depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Le 13 février 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre à [...], a rédigé une expertise à l'intention de l'assurance perte de gain. Il a diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux et une dépression ensuite de difficultés familiales. Toutefois, il a estimé que sur le plan psychiatrique, il n'y avait aucune incapacité de travail.

Dans un courrier du 5 mars 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_ a expliqué à l'assurance perte de gain que si la présence d'un trouble somatoforme en lui-même n'était pas jugée invalidante, ce trouble devait être mis en

relation avec la présence de substrat physique documenté de troubles dégénératifs de la colonne cervicale et placé dans le contexte de l'activité professionnelle exercée et de son potentiel à aggraver/entretenir les symptômes algiques. Vu l'ensemble des éléments, une reprise du travail à 100 % n'était pas réaliste. Le praticien a encore relevé que l'assuré était sans formation professionnelle et qu'il travaillait depuis plus de vingt ans dans la même entreprise.

Dans un rapport du 25 octobre 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au Service médical régional AI (ci-après : SMR), a estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port répété de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenu en porte-à-faux et pas de flexion-rotation répétée du tronc.

Dans un avis du 24 janvier 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au SMR, a notamment exposé ce qui suit :

"L'assuré nous signale une aggravation de son état de santé. Cette aggravation est confirmée par le Dr R.\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui dans une lettre du 15.11.2007 au Dr L.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic d'une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule D, d'arthrose acromio-claviculaire, de tendinopathie du sus-épineux D et de périarthrite scapulo-humérale G.

En raison de cette atteinte, l'assuré ne devrait plus poursuivre son activité de poseur d'affiches et il convient de retenir une IT totale dans cette activité.

Dans une activité adaptée, qui respecte les limitations fonctionnelles retenues dans notre rapport (ndlr : rapport du 25 octobre 2007) ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes, la CT est toutefois entière :

- port de charge > 5 kg bras D, travaux au-dessus de 70 ° bras D et travail contre résistance, mouvements répétés de rotation du bras D. Une activité qui nécessite l'extension maximale du rachis cervical est également contre-indiquée".

Le 30 juin 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a dressé un nouveau rapport duquel il ressort que l'activité de poseur d'affiches exercée par l'assuré n'était pas optimale, mais que si une réorientation professionnelle semblait indiquée, elle se confrontait à la réalité socio-professionnelle de

l'assuré. Ce rapport fait également mention de gonalgies apparues en janvier 2006.

Le 11 septembre 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur du [...], a posé les diagnostics suivants :

- "• Gonarthrose varisante gauche.
- Polyarthrose.
- Status après fracture ouverte du poignet gauche opérée et compliquée par algoneurodystrophie.
- Maladie dégénérative de la colonne vertébrale.
- Status après ulcère gastrique".

Le 8 janvier 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'intention du Dr L.\_\_\_\_\_, dans lequel il relevait que l'évolution du genou gauche, opéré par le Dr M.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, le 23 mai 2008, était défavorable.

Dans un avis du 26 janvier 2009, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au SMR, a relevé que l'activité habituelle n'était pas adaptée, mais que la capacité de travail était totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles exposées dans le rapport du 24 janvier 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_ et qui soit en plus sédentaire compte tenu des gonalgies.

Le 23 mars 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_, rhumatologue à la clinique B.\_\_\_\_\_, a établi un deuxième avis médical à l'intention de l'assurance perte de gain K.\_\_\_\_\_, après avoir examiné l'assuré. Il en résulte que l'activité de colleur d'affiches ne paraissait pas adaptée aux problèmes de l'assuré notamment à ceux du genou. Le pronostic était réservé.

Dans un avis complémentaire du 22 juin 2009, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail à la clinique B.\_\_\_\_\_, a notamment exposé ce qui suit :

"Sur le plan purement médico-théorique, tenant compte du rapport du 23 mars 2009 du Docteur J.\_\_\_\_\_, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, et considérant une activité sédentaire

bien adaptée ménageant le genou gauche, on peut estimer la capacité de travail résiduelle au mois de décembre 2008 à 80 %. La diminution de rendement de 20 % est secondaire aux douleurs et à la restriction de la mobilité".

Il ressort du rapport du 7 juillet 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_ que l'assuré travaillait toujours à 50 % et qu'il jouissait d'une certaine liberté au travail lui permettant de gérer son horaire, le travail s'effectuant entrecoupé de pauses permettant à l'assuré de ne pas trop surcharger son genou. Le médecin relevait également des plaintes récurrentes concernant des lombalgies basses en relation avec les efforts physiques consentis.

Dans un avis médical du 29 juillet 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fixé l'exigibilité dans une activité adaptée à 100 % dès février 2007 avec une baisse de rendement de 20 % dès décembre 2008.

**B.** Le 13 août 2009, l'OAI a rendu un projet de décision tendant au rejet de la demande de rente d'invalidité déposée par l'assuré.

L'assuré a formé des objections, par le biais de son conseil, en date du 28 septembre 2009.

Lors d'un entretien du 25 novembre 2009, l'assuré a informé l'OAI qu'il travaillait à 50 %.

Le 22 juin 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport posant les diagnostics suivants :

"Gonarthrose varisante gauche.

Polyarthrose.

Status après fracture ouverte du poignet gauche opérée et compliquée par algoneurodystrophie.

Maladie dégénérative de la colonne vertébrale.

Status après ulcère gastrique".

Selon le médecin, une capacité de travail dans le métier de poseur d'affiches était toujours exigible, mais le rendement était réduit. Une occupation assise ou avec changements de position assise/debout,

sans port de charges, serait envisageable mais une occupation au-delà de 50 % restait difficile à envisager.

L'assuré a séjourné du 26 juin 2010 au 16 juillet 2010 au [...], à l'Unité du Rachis et rééducation.

La Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin au département de l'Appareil locomoteur au [...], a établi le 3 août 2010 un rapport à la suite de ce séjour. Le pronostic était défavorable concernant la récupération de la capacité de travail. En raison des gonalgies, l'assuré rencontrait des difficultés pour monter et descendre des escaliers ou une échelle. L'activité exercée était exigible à 50 %. L'assuré pouvait travailler dans des activités uniquement en position assise ou dans différentes positions ; les activités exercées principalement en marchant étaient possibles ainsi qu'occasionnellement les activités en position penchée et celles en rotation en position assise/en position debout. Les activités impliquant de soulever ou porter des charges limitées à 15 kg sans répétition étaient également possibles. En revanche, les activités exercées uniquement en position debout, nécessitant de travailler avec les bras en-dessus de la tête accroupi ou à genoux n'étaient pas possibles de même que les activités impliquant de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers.

Dans un avis du 10 septembre 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé que la Dresse P.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 août 2010, ne décrivait aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré susceptible d'engendrer une modification de la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et ne se prononçait pas sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Le médecin a indiqué au surplus qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation des médecins de la clinique B.\_\_\_\_\_ et qu'il maintenait que la capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée, était de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'OAI a établi un nouveau projet de décision selon lequel la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle dès janvier 2008, mais totale dans une activité

adaptée dès février 2007 avec une diminution de rendement de 20 % dès décembre 2008. En substance, l'OAI relève que le préjudice économique dépassait les 20 % mais que l'assuré pouvait travailler dans une activité industrielle légère ne requérant pas de qualifications supplémentaires à celles que l'assuré possédait déjà. Le degré d'invalidité s'élève à 33.08 %.

Par décision du 7 février 2011, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité pour les mêmes motifs que ceux mentionnés dans son projet de décision.

**C.** Par acte du 14 mars 2011, O.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préliminairement, à la mise en oeuvre d'une évaluation de la situation médicale et des possibilités de réinsertion dans un centre spécialisé, ainsi qu'à l'audition de témoins, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente à un taux d'invalidité minimum de 50 %.

Par réponse du 5 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par décision du juge instructeur du 26 septembre 2011, le recourant a obtenu au titre de l'assistance judiciaire la commission d'un avocat d'office.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement sur sa capacité de travail, étant précisé que celui-ci travaillait toujours à 50 % dans son activité de colleur d'affiches au moment du dépôt du recours et, a fortiori, lorsque la décision querellée a été rendue.

**3. 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 travail 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. 2 LAI, 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière,

**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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1 et C-202/2010 du 13 juin 2012 consid. 6.2).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 confidentiels

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 réf. citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV no 15 p. 43). 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 ; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

**d)** La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA). Ainsi, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3) ; elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont elle a besoin ; enfin elle applique le droit d'office (TAF C-202/2010 du 13 juin 2012, consid. 5).

**4. a)** En l'espèce, les médecins traitants de l'assuré contestent une capacité de travail totale dans n'importe quelle activité. En revanche, les praticiens du SMR et de la clinique B.\_\_\_\_\_ soutiennent que l'activité habituelle est inadaptée, mais que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %.

**b)** Sur le plan psychique, il n'y a aucun élément permettant de penser que la capacité de travail de l'assuré est limitée. L'expertise psychiatrique effectuée le 5 mars 2007 par le Dr T.\_\_\_\_\_, à la requête de l'assurance perte de gain, admet une capacité de travail totale. La cour de céans relève par ailleurs que dans les derniers rapports médicaux, la problématique psychique n'est plus mentionnée contrairement aux premiers rapports qui faisaient état de tels troubles.

**c)** Sur le plan somatique, les médecins traitants ne se sont jamais prononcés de manière circonstanciée sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il résulte plutôt de leurs rapports que l'activité de colleur d'affiches n'est certes pas idéale, voire totalement inadaptée selon le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2007, mais que des facteurs socio-professionnels, tels que l'absence de formation professionnelle, l'âge et les problèmes de santé, s'opposent à ce que l'assuré change d'activité (cf. par exemple le rapport du 30 juin 2008 du Dr L.\_\_\_\_\_, lettre A supra). Ce dernier, dans son rapport du 16 juillet 2009, fait état de plaintes récurrentes concernant des lombalgies basses en relation avec les efforts physiques consentis dans son travail. Or, il reconnaît, dans ce même rapport, une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle. Il sied donc d'en déduire que la capacité de travail de l'assuré dans une activité sans efforts physiques serait supérieure.

Dans son rapport médical du 3 août 2010, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a attesté de l'exigibilité à 50 % dans l'activité habituelle tout en indiquant que les activités nécessitant de travailler avec les bras au-dessus de la tête n'étaient pas possibles. L'autorité de céans relève, qu'au contraire de ce que soutient le recourant, cet avis ne peut toutefois être suivi. En effet, il est constant que l'activité de colleur d'affiches, exercée par l'assuré depuis plus de vingt-trois ans, nécessite de travailler fréquemment avec les bras au-dessus de la tête.

En définitive, les seuls médecins qui se sont prononcés sur l'exigibilité dans le cadre d'une activité adaptée sont ceux du SMR et de la clinique B.\_\_\_\_\_ (cf. rapports médicaux des 25 octobre 2007, 24 janvier 2008, 22 juin 2009, 29 juillet 2009 et 10 septembre 2010, lettres A et B

supra). Ils se sont essentiellement fondés sur les diagnostics posés par les médecins traitants pour admettre que, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était totale avec toutefois une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte des douleurs ressenties. En outre, les limitations fonctionnelles constatées par le SMR ne sont somme toute pas différentes de celles posées, par exemple, par la Dresse P.\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles décrites sont celles rencontrées en cas de douleurs lombaires et de gonalgies, mais également en cas de problème rencontré aux épaules comme en l'espèce. Les praticiens du SMR ont de plus tenu compte de toutes les restrictions mentionnées par les médecins traitants. Leurs rapports médicaux ont ainsi pleine valeur probante.

Force est donc de constater que l'avis du SMR affirmant que le recourant dispose d'une capacité de travail totale avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée, suivi par l'intimé, ne saurait être écarté.

Enfin, le fait que l'assuré a travaillé de nombreuses années pour la même entreprise, qu'il n'a pas de formation professionnelle particulière et qu'il rencontrerait des difficultés d'ordre linguistique à changer d'employeur ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité et il ne peut en être tenu compte dans le cadre d'une telle procédure.

**d)** 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, en l'espèce la tenue d'une audience ainsi que la mise en œuvre d'une évaluation de la situation médicale et des possibilités de réinsertion dans un centre spécialisé, telles que requises 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. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 9 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). 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 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'avocate d'office. Celle-ci a produit la liste de ses opérations en date du 18 septembre 2012, laquelle a 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 9 heures de prestations d'avocat, soit un montant total d'honoraires s'élevant à 1'749 fr. 60, TVA de 8% comprise (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]). 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 le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 46 fr., auxquels il convient d'ajouter 3 fr. 70 de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 1'799 fr. 30, TVA de 8 % 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 de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) 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 LPGGA).

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

- I.** Le recours déposé le 14 mars 2011 par O.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 février 2011 par l'Office de l'Assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- 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 Monique Gisel, conseil du recourant, est arrêtée à 1'799 fr. 30 (mille sept cent nonante-neuf francs et trente centimes).
- 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.

**VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Monique Gisel, avocate au Mont-sur-Lausanne (pour M. O. \_\_\_\_\_),
- Office de l'Assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à 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 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 :