

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 juin 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Nicolas Gillard,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA; art. 4, 8, 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1960, marié et père de famille, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en date du 15 avril 2002. Il a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005 comme maçon pour l'entreprise V. \_\_\_\_\_ SA, tout en effectuant à titre accessoire des travaux de nettoyage en soirée pour le compte de la société Y. \_\_\_\_\_ SA, qui l'employait depuis le 19 juin 2003. Le 7 novembre 2005, il a fait une chute alors qu'il portait une dalle en béton sur un chantier, entraînant une entorse au poignet droit et une contusion du coude droit. L'entorse a été immobilisée à la Clinique X. \_\_\_\_\_, à [...], après quoi un traitement physiothérapeutique a été mis en œuvre. Suite à des complications apparues au niveau du coude droit, l'intéressé a été opéré le 17 août 2006 d'une bursite chronique avec ablation d'une calcification et exostose de la pointe de l'olécrâne.

A partir du 11 novembre 2005, l'assuré a connu de nombreuses périodes d'incapacité totale de travail entrecoupées par de brèves tentatives de reprise d'activité à 50% ou à 100% (notamment du 20 avril au 31 mai 2006). Il a fini par quitter son emploi accessoire le 8 février 2007, puis a cessé son activité principale le 30 septembre 2007. Il n'a plus travaillé par la suite, à l'exception d'un stage effectué du 19 mai au 2 juin 2008 dans le cadre de l'assurance-chômage, lequel a dû être interrompu en raison de douleurs au coude.

**B.** Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), qui a versé des indemnités journalières à l'intéressé du 11 novembre au 25 décembre 2005, du 17 janvier au 19 avril 2006, puis du 31 mai 2006 au 18 mars 2007, à des taux variant entre 50% et 100%.

Le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré en date du 21 novembre 2006. Dans son rapport, il a observé que le coude droit de celui-ci était maintenu constamment fléchi à

l'angle droit par une contraction plus ou moins volontaire du biceps, et a relevé une légère hyperthermie peu significative de la région opérée ainsi qu'un soupçon d'érythème. Il a précisé que tout le coude paraissait très délicat, que sa palpation donnait lieu à des réactions de retrait, mais que rien n'indiquait une atteinte articulaire. Il a estimé que l'impression générale qui prévalait était celle d'une importante surcharge psychogène chez un patient totalement fixé sur son coude et qui faisait probablement une interprétation délirante des moindres signes maléfiques qu'il croyait y trouver.

Dans ce contexte, l'intéressé a été envoyé à la Clinique D.\_\_\_\_\_, où il a séjourné du 5 au 21 décembre 2006, puis du 8 au 16 janvier 2007. Au cours de son séjour, il a fait l'objet de divers rapports médicaux. Ainsi, à teneur d'un consilium de l'appareil locomoteur du 18 décembre 2006, le Dr M.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en rhumatologie) a exposé que l'assuré présentait des signes d'enthésopathie au niveau des deux épicondyles et de la zone opérée tricipitale, ce qui était normal quatre mois après l'intervention du 17 août 2006. Ce spécialiste a également souligné qu'il n'y avait pas d'indice de syndrome algodystrophique, que les plaintes du patient étaient largement disproportionnées par rapport aux données de l'examen clinique, que l'intéressé était entré dans un processus d'invalidation, et qu'il serait très difficile, voire impossible, de lui faire réintégrer son activité de maçon. Par ailleurs, dans un rapport du 27 décembre 2006, le Dr T.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) a exclu toute incapacité de travail sur le plan psychique. Enfin, aux termes d'un rapport du 29 janvier 2007, les Drs V.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique) et W.\_\_\_\_\_ (médecin hospitalier) ont indiqué qu'« *hormis une discrète enthésopathie des épicondyles, il n'y a[vait] pas d'explication médicale au handicap fonctionnel annoncé et aux plaintes du patient [...] Les différents thérapeutes [avaie]nt pu relever des incohérences et des discordances* ». Ils ont ajouté que certains facteurs, comme le mécontentement de l'intéressé ou des croyances délétères, pouvaient jouer un rôle dans le processus d'invalidation qui s'était installé. Ils ont estimé que la situation

médicale s'était stabilisée et ont reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans l'activité d'employé de nettoyages, sans se prononcer directement sur l'exigibilité d'un poste dans la maçonnerie.

Dans un rapport d'examen final du 9 mars 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

"Actuellement, le patient ne concède aucune amélioration. Son coude est toujours très douloureux, même au repos. La nuit, il a une sensation de cuisson.

Spontanément, en particulier lorsque le patient est debout, le coude est maintenu en extension physiologique et le patient le bouge tout à fait normalement, réalisant une flexion complète lorsqu'on ne s'y intéresse pas. En revanche, en situation d'examen, il le bloque avec beaucoup de force et empêche qu'on le mobilise. On observe également que le patient regarde fixement sa cicatrice avec une grande perplexité.

Objectivement, on retrouve une cicatrice un peu large, surtout dans sa partie proximale qui évolue tout à fait normalement. Il n'y a plus d'hyperthermie ni d'érythème. La palpation donne lieu à des réactions de retrait, quelle que soit la région du coude que l'on touche. Le poignet droit est totalement indolore à la mobilisation et il a une mobilité complète. La force de serrage de la main droite est réduite.

Au total, l'impression qui prévaut est celle d'un pseudo-handicap, d'une attitude.

En d'autres termes, les séquelles de l'accident du 7.11.05 sont minimes.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à proposer. On ne peut que confirmer une pleine capacité de travail comme nettoyeur dès le 17.1.07 et comme maçon dès le 12.3.07."

Par décision du 19 juillet 2007, confirmée sur opposition le 9 novembre suivant, la CNA a refusé l'octroi de toutes prestations à l'assuré. Ce dernier a recouru en vain auprès du Tribunal cantonal des assurances à l'encontre du refus de prestations prononcé par l'assureur-accidents (jugement du 4 novembre 2008, TASS AA 142/07 - 94/2008).

**C.** Entre-temps, soit le 23 novembre 2006, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, en raison

d'atteintes au poignet et au coude droits liées à l'accident du 7 novembre 2005.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) s'est adressé à la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, médecin traitant de l'assuré à la Clinique X.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 28 décembre 2006, cette spécialiste a indiqué que l'entorse du poignet droit survenue le 7 novembre 2005 ainsi que la bursite chronique olécrânienne avec calcification intra-tendineuse du coude droit opérée le 17 août 2006 constituaient des atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, dont l'état de santé était stationnaire. Elle a relevé que le poignet et le coude droits avaient récupéré leur fonction complète, mais que des douleurs au coude situées postérieurement persistaient lors des mouvements contrariés de flexion ou d'extension. Elle a observé que l'activité de maçon n'était vraisemblablement plus exigible – relevant toutefois que l'examen objectif du coude ne permettait pas d'expliquer l'importance des plaintes alléguées par l'assuré –, que celle de nettoyeur l'était « *au moins [à] 50% puis [à] 100%* », et que l'intéressé conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée évitant le port de charge par le membre supérieur droit. Elle a joint divers documents à son envoi, dont des courriers échangés avec le Dr F.\_\_\_\_\_.

**D.** Le 20 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de sa demande de prestations AI. Sur la base du rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, l'office a retenu que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail en tant que nettoyeur depuis le 17 janvier 2007, et en tant que maçon depuis le 17 mars 2007. Considérant que le délai d'attente d'une année fixé par la loi était arrivé à terme le 31 mai 2007 (soit un an après la reprise de travail intervenue du 20 avril au 31 mai 2006) et qu'à cette échéance, l'intéressé était totalement apte à travailler dans ses activités habituelles, l'OAI a estimé que ce dernier n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles.

**E.** Le 18 novembre 2008, sous la plume de son avocat Me Nicolas Gillard, l'intéressé a fait part de ses objections au projet précité. Il a notamment précisé qu'il avait subi une seconde opération du coude le 1<sup>er</sup> mai 2007, en raison d'une récurrence de bursite olécrânienne. Il s'est prévalu de deux rapports médicaux joints à ses écritures, à savoir un écrit du 10 novembre 2008 du Dr Z. \_\_\_\_\_ - son médecin généraliste traitant depuis le 23 janvier 2007 - et un constat du 8 juillet 2008 émanant de la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ces deux rapports relevaient notamment qu'il souffrait d'un syndrome métabolique avec hypertension artérielle traitée, d'une hypercholestérolémie traitée, d'un diabète non insulino-requérant traité par antidiabétique oral, d'une tendance à l'hyperuricémie, d'une obésité avec indice de masse corporelle d'environ 34 kg/m<sup>2</sup> (et un tour de taille d'au moins 108 cm), de syndromes d'apnées du sommeil, ainsi que d'une consommation d'alcool excessive. Il a fait valoir que compte tenu de ces pathologies, on ne pouvait suivre le Dr F. \_\_\_\_\_ qui l'avait décrit, dans son rapport du 9 mars 2007, comme étant apparemment en bonne santé. Il a soutenu que ne pouvant plus travailler ni comme maçon, ni comme nettoyeur, sa capacité de gain était fortement réduite et devait être rétablie ou à tout le moins améliorée par le biais de mesures d'ordre professionnel aux fins de reclassement dans un emploi ne nécessitant pas une capacité d'apprentissage trop élevée, ni d'effort musculaire du bras droit - mesures dont il a explicitement sollicité l'octroi. Il a également mentionné qu'une évaluation psychiatrique était en cours à la Polyclinique [...].

Dans son rapport du 8 juillet 2008, la Dresse K. \_\_\_\_\_ énonçait en particulier ce qui suit :

"[...] la fonction du coude droit est complète, perdurent de probables enthésopathies tant épitrochléennes qu'épicondyliaires, une possible hyperpathie de la région du coude et surtout des douleurs constantes, aggravées aux moindres mouvements et aux moindres efforts.

De nouvelles radiographies du coude droit f/p ont été effectuées le 7 juillet 2008, qui comparées à celles du mois de septembre de l'année 2006, ne montrent plus de calcification dans la bourse

olécranienne, il n'y a pas de nouvelle lésion qui serait apparue entre-temps [...].

En examinant M. N.\_\_\_\_\_, je n'ai pas d'explication pour des douleurs dans la région du coude d'origine projetée, comme par exemple en relation avec une atteinte cervicale.

Cette situation est extrêmement difficile car l'on se trouve face à un patient qui m'a paru convaincu d'avoir été mal pris en charge depuis le début [...].

La situation est d'autant plus compliquée que Monsieur N.\_\_\_\_\_ est fixé sur cette douleur qui l'empêche de reprendre son travail de maçon, il se sent lésé.

La situation est compliquée aussi par des problèmes de compréhension, malgré la présence d'une personne traduisant l'entretien.

En ce qui concerne son activité professionnelle, je ne pense qu'il puisse reprendre celle de maçon, car il a des douleurs depuis 2 ans et demi et actuellement le moindre effort déclenche des douleurs insupportables. Au plan du traitement, il a déjà bénéficié de toutes sortes d'approches de physio et d'ergothérapie, la physiothérapie aggrave les douleurs, je ne pense pas qu'il faille lui en prescrire actuellement. Les antalgiques et anti-inflammatoires sont moyennement bien supportés, seul un anti-dépresseur pourrait peut-être avoir une influence sur ces douleurs. Je doute que le patient puisse adhérer à une approche d'ordre psychologique, d'autant plus qu'il est dans une procédure de revendication [...].

Actuellement, je pense que pour autant qu'il puisse trouver une activité professionnelle lui permettant d'éviter les efforts et de porter des charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, il a quand même une capacité de travail complète [...]."

Dans son rapport du 10 novembre 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ reprenait pour l'essentiel les observations et conclusions de la Dresse K.\_\_\_\_\_.

Par envoi du 5 janvier 2009, l'assuré, par son conseil, a transmis à l'OAI une copie d'un rapport établi le 1<sup>er</sup> décembre 2008 par la Dresse P.\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie du Centre [...] (ci-après : le Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_). Dans son constat, cette dernière retenait les diagnostics de trouble douloureux chronique et de retard mental moyen (QI total de 51). Elle relevait en particulier que la douleur de l'assuré, d'une intensité importante, avait engendré une souffrance cliniquement significative ainsi qu'une altération du fonctionnement social

et professionnel. En revanche, elle ne détectait aucun trouble de l'humeur, ni de trouble anxieux ou de trouble de la personnalité. Au-delà des questions d'efficience intellectuelle, elle mentionnait des déficits comme de graves carences dans l'acquisition des notions de base. Elle ajoutait que l'intéressé avait tendance à interpréter la réalité de manière égocentrée, et que l'ensemble de ces éléments concourait à le rendre perplexe face aux difficultés complexes qu'il avait à affronter. Elle soulignait l'absence d'indices suffisants en faveur d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool.

Par avis médical du 17 juillet 2009, les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont souligné que la Dresse K.\_\_\_\_\_ n'avait trouvé aucune anomalie somatique pouvant expliquer les plaintes de l'assuré; en outre, le constat de cette spécialiste n'avait permis de mettre en lumière aucun fait nouveau ou évolution clinique par rapport au compte-rendu du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, qui recoupait les observations des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR ont exposé que nonobstant le trouble douloureux chronique diagnostiqué par la Dresse P.\_\_\_\_\_, aucune douleur n'avait pu être objectivée au status de l'assuré, jovial, de sorte que les douleurs - non contestées - ne pouvaient être considérées comme envahissantes. Ils ont observé que le trouble douloureux chronique recoupait les plaintes signalées par la Dresse K.\_\_\_\_\_, et ont nié l'existence de diagnostics psychiatriques actifs susceptibles d'affecter la capacité de travail. Ils ont souligné que les autres troubles de l'assuré (syndrome métabolique traité, hypercholestérolémie, diabète non insulino-dépendant, tendance à l'hyperuricémie, obésité, syndrome d'apnées du sommeil pour le moment non appareillé) n'étaient pas pertinents sous l'angle de l'exigibilité d'une activité lucrative. Ils ont conclu qu'il n'y avait aucun motif de s'écarter des conclusions posées par le Dr F.\_\_\_\_\_ le 9 mars 2007, et ont considéré que la capacité de travail exigible demeurerait inchangée depuis la décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> décembre 2008.

Le 21 juillet 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport établi par la Dresse K. \_\_\_\_\_ le 25 juin 2009, qui relevait en particulier ce qui suit :

"A l'examen clinique, je suis frappée par un bras droit en position de protection toujours fléchi près du corps, des mouvements assez répétitifs de flexion-extension déclenchant des douleurs, je ne constate pas de différence des périmètres des bras et des avant-bras, 33,5 cm à droite, 32,5 cm à gauche, 28,5 cm pour les deux avant-bras.

[...]

La flexion du coude est normale, douloureuse, tant en position assise, debout, que couchée, l'extension maximale est normale mais douloureuse, la pro- et supination sont douloureuses. La palpation tout autour du coude est sensible, surtout l'insertion épicondylienne et épitrochléenne des tendons des extenseurs et fléchisseurs de la main, ainsi que la palpation de la main le long de la cicatrice. La flexion et extension des doigts est douloureuse, l'examen de la colonne cervicale est normal et non douloureux. L'examen du poignet est normal quant aux amplitudes articulaires, les flexions-extensions maximales sont douloureuses dans tout l'avant-bras. L'examen neurologique des membres supérieurs est normal.

[...]

Compte tenu de cette situation extrêmement intriquée et difficile, chez un patient qui semble convaincu d'avoir un corps étranger dans le coude droit, j'ai demandé une IRM de contrôle [...]. Cet examen permet d'exclure un corps étranger à l'origine des douleurs, une souris intra-articulaire, une arthrose, ou une bursite chronique. Cet examen confirme par contre la présence d'une atteinte inflammatoire allant dans le sens d'une tendinite chronique épicondylienne et épitrochléenne, possiblement à l'origine d'une partie des douleurs.

J'ai expliqué au patient qu'il y [avait] un[e] tendinite chronique du coude, qu'il n'y avait plus de séquelles en relation avec les opérations et surtout pas de corps étranger. J'ignore en quelle mesure ce message a été compris, puisque ce patient présente un trouble somatoforme douloureux et qu'il a aussi des problèmes de compréhension en relation avec une intelligence limitée.

[...]

En ce qui concerne la capacité de travail, je m'accorde avec votre appréciation quant à une capacité de travail complète dans une activité non qualifiée mais adaptée, je crains que cela soit difficilement réalisable concrètement compte tenu du litige asséculo-logique en cours et de la personnalité de Monsieur N. \_\_\_\_\_."

**F.** Le 17 août 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI identique à son préavis du 20 octobre 2008.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office a exposé que les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_ avaient pleine valeur probante. Se fondant sur l'avis du SMR du 17 juillet 2009, il a souligné que la Dresse P.\_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique susceptible d'affecter la capacité de travail, que les autres troubles mentionnés (syndrome métabolique traité, hypercholestérolémie, diabète non-insulino-dépendant, tendance à l'hyperuricémie, obésité et apnée du sommeil pour le moment non appareillée) n'influaient pas sur l'exigibilité d'une activité lucrative, et que le dossier ne contenait aucun élément nouveau ou évolution clinique par rapport au constat du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, qui recoupe les conclusions des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_. Pour ces motifs, il y avait lieu de confirmer le projet de décision du 20 octobre 2008.

**G.** Agissant par son mandataire, l'assuré a recouru le 18 septembre 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente AI lui soit allouée avec effet rétroactif au 7 novembre 2005, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles, et plus subsidiairement à l'annulation du prononcé entrepris et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il soutient tout d'abord que l'OAI a excédé son pouvoir d'appréciation en se déterminant exclusivement sur la base du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, sans faire mention des rapports adressés par le conseil du recourant dans ses déterminations sur le projet de décision. Se référant à divers passages du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2006 ainsi qu'à une lettre adressée par ce dernier à la Dresse R.\_\_\_\_\_ le 2 juillet 2007 (annexée au recours), l'assuré allègue que ce praticien s'est prononcé de manière partielle, en ayant l'intime conviction d'avoir à faire à un patient simulant ses douleurs. Il insiste sur le fait qu'il n'est plus capable d'exercer les métiers qu'il occupait auparavant dans les domaines de la construction et du nettoyage, et requiert la mise en œuvre d'une

expertise médicale destinée à établir son degré d'invalidité en prenant en considération ses capacités physiques et psychologiques. Il joint à ses écritures 50 pièces, comprenant notamment un rapport établi le 12 novembre 2008 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, dont il appert que l'assuré souffre d'un syndrome d'apnées du sommeil moyen, qu'il a bénéficié d'une tympanoplastie exploratrice droite le 26 mars 2007 en raison d'une poche de rétraction atticale non contrôlable, puis d'une tympanoplastie gauche de type I le 3 septembre 2007 pour fermeture d'une perforation postérieure totale (interventions dont l'évolution a été favorable), qu'il présente une surdité bilatérale moyenne à sévère de type mixte liée à une presbyacousie accélérée bilatérale, mais que ces diagnostics ne justifient pas une incapacité de travail.

Dans sa réponse du 23 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intimé considère que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, de même que le constat des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2007, ont pleine valeur probante. Il estime que les éléments invoqués par l'assuré ne permettent pas de mettre en doute l'impartialité du Dr F.\_\_\_\_\_. Il rappelle que le SMR a reconnu au recourant une pleine capacité de travail, par avis du 17 juillet 2009. Enfin, il retient qu'il n'existe aucun motif justifiant un complément d'instruction sur le plan médical.

Le recourant a fait part de ses déterminations le 15 janvier 2010, maintenant en substance ses précédents motifs et conclusions. En particulier, il reproche à l'intimé de ne s'être prononcé que sur le contenu du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, et non sur l'impartialité de son auteur. Il insiste sur la nécessité d'un complément d'expertise dès lors que le rapport psychiatrique de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2008 est postérieur au constat du Dr F.\_\_\_\_\_ susmentionné.

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

**1.** 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'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI énonce qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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. Déposé dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA), selon les formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LGPA), le recours est recevable à la forme.

**2.** En l'occurrence, le recourant reproche à l'OAI d'avoir excédé son pouvoir d'appréciation, parce qu'il lui a nié le droit à une rente, respectivement à des mesures professionnelles, sur la base du seul rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, médecin qui aurait manqué d'impartialité dans son appréciation. En outre, il soutient qu'au vu de ses troubles physiques et psychiques, on ne peut exiger de lui qu'il reprenne un travail dans la maçonnerie ou le nettoyage. Le recourant se plaint donc d'une violation des règles du droit fédéral régissant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** A teneur de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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.

L'art. 8 al. 1 LAI prévoit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Les mesures de réadaptation comprennent les mesures médicales, les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement), les mesures de formation scolaire spéciale, l'octroi de moyens auxiliaires et l'octroi d'indemnités journalières (art. 8 al. 3 LAI). Selon l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la réadaptation est prioritaire par rapport à l'octroi de la rente, laquelle est versée dans la mesure où la réadaptation a échoué (ATF 126 V 241 c. 5, 108 V 210 c. 1d).

**b)** 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 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). Plus particulièrement, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). En revanche, 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2).

**3. a)** Dans un premier grief, le recourant soutient que l'intimé a excédé son pouvoir d'appréciation en se déterminant uniquement sur la base du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, sans faire mention des

rapports adressés par le conseil du recourant dans ses déterminations sur le projet de décision. Ce reproche s'avère dépourvu de fondement. En effet, il apparaît que l'OAI a transmis le dossier au SMR le 8 juillet 2009, en invitant explicitement ce service à prendre position sur les rapports médicaux produits par l'avocat de l'assuré, à savoir notamment les constats des Drs Z.\_\_\_\_\_ (du 10 novembre 2008), K.\_\_\_\_\_ (du 8 juillet 2008) et P.\_\_\_\_\_ (du 1<sup>er</sup> décembre 2008) – ce que le SMR a fait dans son avis du 17 juillet 2009, en se déterminant successivement sur les rapports des Dresses K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. A noter qu'il ne porte pas à conséquence que cet avis ne fasse aucune référence directe au rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel renvoie pour l'essentiel au rapport précité de la Dresse K.\_\_\_\_\_. Puis, dans sa lettre d'accompagnement du 17 août 2009, l'intimé a brièvement exposé à l'assuré les conclusions du SMR. Force est donc d'admettre que l'OAI n'a pas aveuglément circonscrit son analyse au seul compte-rendu du Dr F.\_\_\_\_\_, mais a procédé à une appréciation globale de la situation médicale du recourant. Ce point doit être distingué de celui de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a considéré, au terme de son examen, qu'il y avait lieu de préférer le constat du Dr F.\_\_\_\_\_ aux autres rapports médicaux au dossier – question qui revient à s'interroger sur la valeur probante dudit compte-rendu et qui sera analysée ci-après (cf. consid. 4a infra).

**b)** Par ailleurs, le recourant prétend que le Dr F.\_\_\_\_\_ de la CNA aurait manqué d'impartialité dans son analyse (cf. mémoire de recours du 18 septembre 2009 p. 8s. et déterminations du 15 janvier 2010). On peut relever, à ce propos, que l'assuré n'avait auparavant jamais mis personnellement en cause le Dr F.\_\_\_\_\_ au cours de la procédure d'assurance-accidents ou d'assurance-invalidité – étant souligné ici que l'OAI est habilité à tenir compte des avis médicaux recueillis dans d'autres procédures d'assurances sociales.

Plus particulièrement, le recourant fait valoir que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2006 témoigne de la prévention de son auteur, attendu qu'il indique que « *la relation avec le malade est difficile, notamment parce qu'à chaque fois qu'on veut lui reconnaître une capacité*

*de travail, il revient en urgence avec une plaie qui s'ouvre* », qu'il a fallu « *un peu tirer l'oreille* » du patient pour qu'il consulte une permanence médicale, que celui-ci est « *rondouillard* » et « *apparemment en bonne santé* », que l'on dénote une contracture « *plus ou moins volontaire du biceps* » droit, et qu'au total « *l'impression qui prévaut est celle d'une importante surcharge psychogène chez un patient totalement fixé sur son coude et qui fait probablement une interprétation délirante des moindres signes maladifs qu'il cro[i]t y trouver* ». Il invoque également un courrier du 2 juillet 2007, dans lequel le Dr F. \_\_\_\_\_ informe la Dresse R. \_\_\_\_\_ qu'il « *soupçonne des lésions auto-infligées, au sens d'un trouble factice* » (cf. mémoire de recours du 18 septembre 2009 p. 9).

S'agissant du rapport du 21 novembre 2006, il faut admettre que les observations qui y consignées sont étayées de manière objective et scientifique; elles ne dénotent, à tout le moins, aucune partialité de la part de leur auteur. Ainsi, l'emploi du terme familier « *rondouillard* » ne saurait pour autant être vu comme péjoratif. En outre, l'on ne dénote aucune prévention dans le simple fait que le Dr F. \_\_\_\_\_ ait constaté que l'assuré donnait l'apparence d'être en bonne santé (conformément, du reste, aux propres dires de l'intéressé [cf. rapport du 21 novembre 2006 p. 2]), qu'il ait observé que « *le coude droit est maintenu constamment fléchi par une contracture plus ou moins volontaire du biceps* » (fléchissement également remarqué par la Dresse K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 juin 2009 p. 2) ou que, ne diagnostiquant aucune affection pouvant justifier les plaintes de l'intéressé, il ait retenu que celles-ci étaient liées à une focalisation du recourant sur son coude. Par ailleurs, ce n'est pas en portant une appréciation mais uniquement en relatant des faits concrets sous la rubrique « *antécédents de l'assuré d'après les actes du dossier* », que le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé avait dû se faire « *un peu tirer l'oreille* » pour se plier à des investigations relatives à un acide urique élevé (cf. rapport du 21 novembre 2006 p. 2). C'est dans le même contexte qu'il a mentionné des rapports tendus avec le patient ainsi que des problèmes de cicatrisation sitôt qu'une reprise de travail était annoncée (cf. *ibid.*) – circonstances se rapportant au traitement dispensé par la Dresse R. \_\_\_\_\_ et qui sont par ailleurs corroborées par diverses

pièces du dossier (cf. écrits de cette dernière des 11 avril, 26 juillet et 27 septembre 2006 joints au rapport du 28 décembre 2006; cf. également rapports des Dr T.\_\_\_\_\_ [du 27 décembre 2006 p. 2], K.\_\_\_\_\_ [du 8 juillet 2008 p. 3], et P.\_\_\_\_\_ [du 1<sup>er</sup> décembre 2008 p. 1]).

De surcroît, dans son écrit du 2 juillet 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ se contente de suspecter des lésions auto-infligées, au sens d'un trouble factice, tout en indiquant que ses suspicions sont corroborées par l'évolution médicale difficilement compréhensible décrite par la Dresse R.\_\_\_\_\_, et que l'instruction de l'affaire est toujours en cours. Il n'y a là aucun indice de prévention, dès lors que le Dr F.\_\_\_\_\_ ne pose aucun diagnostic prématuré, mais évoque de simples soupçons au regard des renseignements concrets jusqu'alors rapportés au dossier.

En définitive, il faut admettre que le recourant n'a pas rendu plausible que le rapport du 9 mars 2007 émanait d'un médecin ayant manqué d'impartialité à son égard, si bien que ce grief doit être écarté.

**4.** Le recourant fait valoir qu'il présente des atteintes physiques et psychiques en raison desquelles il ne peut réintégrer ses professions habituelles dans les domaines de la maçonnerie et du nettoyage.

**a)** Sous l'angle somatique, il est patent que l'intéressé s'est trouvé dans l'incapacité de travailler suite à une entorse au poignet droit et à une contusion du coude droit consécutives à un accident de travail survenu le 7 novembre 2005. L'intéressé a ensuite continué à se plaindre de douleurs au coude droit, et a été opéré le 17 août 2006 puis le 1<sup>er</sup> mai 2007 d'une bursite olécrânienne.

**aa)** A cet égard, dans un premier rapport du 21 novembre 2006, le Dr F.\_\_\_\_\_ a considéré que rien n'indiquait une atteinte articulaire, et a évoqué une importante surcharge psychogène chez un patient totalement fixé sur son coude, qui faisait probablement une interprétation délirante des moindres signes maladifs qu'il croyait y trouver. Pour sa part, la Dresse R.\_\_\_\_\_ a souligné, le 28 décembre

2006, que le coude et le poignet droits du patient avaient complètement récupéré leur fonction. Elle a estimé que l'activité de maçon n'était vraisemblablement plus exigible - tout en précisant que l'examen objectif du coude n'avait pas permis d'expliquer l'importance des plaintes alléguées par l'assuré - et que celle de nettoyeur pourrait l'être tout d'abord à 50% puis à 100%. Par ailleurs, selon les conclusions des divers thérapeutes ayant examiné l'intéressé au cours de son séjour à la Clinique D. \_\_\_\_\_ entre fin 2006 et début 2007 (cf. notamment les rapports des Dr M. \_\_\_\_\_ [du 18 décembre 2006 p. 5], et V. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ [du 29 janvier 2007 p. 4]), aucune explication médicale - à l'exception d'une discrète enthésopathie des épicondyles - ne justifiait les douleurs dont se plaignait l'intéressé, auquel il fallait reconnaître une pleine capacité de travail comme nettoyeur, la CNA étant invitée à se déterminer sur l'exigibilité de l'activité de maçon.

**bb)** Dans son rapport final du 9 mars 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré ne concédait aucune amélioration, alors même qu'il parvenait spontanément à bouger son coude droit notamment en position debout, mais qu'il le bloquait avec force en situation d'examen et empêchait qu'on le mobilise. Ce médecin a précisé que l'intéressé ne présentait pas d'hyperthermie ou d'érythème, que la palpation du coude donnait lieu à des réactions de retrait, que le poignet droit était totalement remis, et que la force de serrage de la main droite était réduite. Au vu de ces éléments, il a retenu que l'impression qui prévalait était celle d'un pseudo-handicap, « *d'une attitude* », et a conclu que la capacité de travail de l'assuré était totale comme nettoyeur dès le 17 janvier 2007 et comme maçon dès le 12 mars 2007. Ce rapport est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical (y compris, notamment, les rapports particulièrement détaillés et sérieusement motivés des médecins de la Clinique D. \_\_\_\_\_), tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 2b supra).

**cc)** Les divers rapports médicaux produits par le recourant suite au projet de décision de l'OAI du 20 octobre 2008 ne contiennent aucun élément susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_.

Ainsi, dans son rapport du 8 juillet 2008, la Dresse K.\_\_\_\_\_ a indiqué que la fonction du coude était rétablie, nonobstant la persistance de probables enthésopathies tant épitrochléennes qu'épicondyliennes, une possible hyperpathie de la région du coude, et des douleurs constantes aggravées aux moindres mouvements et aux moindres efforts. Elle a ajouté que de nouvelles radiographies effectuées en juillet 2008 ne témoignaient d'aucune évolution défavorable, et qu'elle ne pouvait expliquer les douleurs dans la région du coude d'origine projetée. Elle a estimé que l'activité de maçon ne pouvait être reprise, mais que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité ne requérant pas d'effort ou le port de charges de plus de 5 kg avec le bras droit. Ces constatations ont pour l'essentiel été reprises par le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son constat du 10 novembre 2008.

Par avis du 17 juillet 2009, les Drs H.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, du SMR, ont souligné que la Dresse K.\_\_\_\_\_ (et, par extension, le Dr Z.\_\_\_\_\_) n'avait en définitive trouvé aucune anomalie pouvant expliquer les plaintes de l'assuré, et n'avait mentionné aucun fait nouveau ou évolution clinique notable par rapport aux conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2007, de sorte que rien ne s'opposait à la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans les activités habituelles de l'assuré. L'argumentation du SMR doit être confirmée. En effet, en dépit de la persistance de « *probables* » enthésopathies épitrochléennes et épicondyliennes ainsi que d'une « *possible* » hyperpathie du coude droit, il demeure que la Dresse K.\_\_\_\_\_ n'a mis en lumière aucune pathologie somatique concrète pouvant justifier les douleurs de l'assuré. C'est donc à juste titre que ce service a considéré que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ demeurerait probant.

Il est vrai que par rapport du 25 juin 2009 transmis à l'OAI le 21 juillet 2009 (cf. let. E supra), la Dresse K.\_\_\_\_\_ a signalé une tendinite

chronique épicondylienne et épitrochléenne, possiblement à l'origine d'une partie des douleurs de l'assuré. De son propre aveu, elle a toutefois doublement nuancé la portée de son diagnostic, dès lors qu'elle n'a évoqué qu'un lien de cause à effet possible - ce qui ne saurait être suffisant au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales - et qui plus est partiel avec les douleurs de son patient. Aussi ce seul élément ne saurait-il ébranler le bien-fondé de l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_.

S'agissant des autres troubles somatiques invoqués par l'assuré (syndrome métabolique avec hypertension artérielle traitée, hypercholestérolémie traitée, diabète non insulino-requérant traité par antidiabétique oral, tendance à l'hyperuricémie, obésité avec indice de masse corporelle d'environ 34 kg/m<sup>2</sup> [et un tour de taille d'au moins 108 cm], syndromes d'apnées du sommeil non appareillés, consommation d'alcool excessive, surdité bilatérale moyenne à sévère, tympanoplastie gauche et adéno-amygdalectomie avec pose d'un drain transtymanique droit en 2007 [cf. rapports des Drs K. \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2008 p. 2, Z. \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2008 p. 1 s., et C. \_\_\_\_\_ du 12 novembre 2008]), rien au dossier ne laisse à penser que ces atteintes seraient incapacitantes, respectivement qu'elles auraient un impact significatif sur la capacité de travail du recourant. Bien plus, le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne expressément, dans son rapport du 12 novembre 2008, que d'un point de vue oto-rhino-laryngologique, les pathologies de l'assuré ne sont pas incapacitantes. Au demeurant, le corps médical a finalement renoncé à poser le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool (cf. rapport de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2008 p. 4). Aussi les troubles précités ne sauraient-ils remettre en cause les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_, ainsi que l'a retenu le SMR dans son avis du 17 juillet 2009 (cf. let. E supra).

**d)** En outre, le recourant fait valoir qu'il présente des troubles psychiques influant sur sa capacité de travail.

**aa)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en

relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En

présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

**bb)** En l'occurrence, le Dr T. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré dans le cadre de son séjour à la Clinique D. \_\_\_\_\_, et a retenu que celui-ci ne présentait aucune atteinte psychiatrique incapacitante (cf. consilium psychiatrique du 27 décembre 2006 p. 2) - conclusion reprise par les Drs V. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 29 janvier 2007 (p. 3). Faute de diagnostic psychiatrique invalidant, le Dr F. \_\_\_\_\_ était dès lors fondé à ne pas aborder cette question dans son constat du 9 mars 2007.

Aux termes d'un rapport établi le 1<sup>er</sup> décembre 2008, la Dresse P. \_\_\_\_\_, du Département psychiatrique du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_, a constaté, d'une part, que le recourant était sous le coup d'un trouble douloureux chronique. Sur ce point, elle a relevé que l'intéressé présentait une douleur d'intensité importante au centre du tableau clinique, et que cette douleur était à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social et professionnel. Elle a en revanche souligné que l'assuré ne souffrait pas de trouble de l'humeur, ni de trouble anxieux ou de trouble de la personnalité, qu'il ne se sentait pas déprimé, que son moral était bon, et qu'il ne décrivait pas de troubles de l'appétit ou du sommeil, d'idées noires, d'avenir bouché, ou de nervosité.

En outre, elle l'a décrit comme jovial, riant aux questions qui lui étaient posées, et présentant une thymie neutre. D'autre part, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un retard mental moyen (QI total de 51) avec, au-delà des questions d'efficacité intellectuelle, de graves carences dans l'acquisition des notions de base (notamment les catégories de troubles majeurs de la représentation, de la mentalisation et de l'organisation perceptive) et d'importantes difficultés à identifier et à comprendre les affects et les relations personnelles, ainsi qu'une tendance à interpréter la réalité de manière égocentrée.

Dans leur avis SMR du 17 juillet 2009, les Drs H.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont souligné que la Dresse P.\_\_\_\_\_ n'avait objectivé aucune douleur au status, mais avait au contraire indiqué que l'intéressé était jovial et riait lorsqu'on lui posait des questions. Ils en ont déduit que les douleurs - non contestées - n'étaient donc pas envahissantes. Ils ont précisé que le diagnostic de trouble douloureux chronique recouvrait les plaintes signalées par la Dresse K.\_\_\_\_\_, et ont retenu qu'il n'y avait pas de diagnostics psychiatriques actifs susceptibles d'affecter la capacité de travail.

Là encore, la position adoptée par les médecins du SMR doit être suivie. D'une part, l'intéressé présente un trouble douloureux chronique assimilable à un trouble somatoforme douloureux (cf. rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2009 p. 2), si bien qu'il faut examiner si les critères usuels dans ce domaine sont réalisés (cf. consid. 4d/aa supra). En l'espèce, force est de constater que l'intéressé ne présente aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Au contraire, la Dresse P.\_\_\_\_\_ mentionne qu'il est jovial, qu'il ne souffre pas d'un trouble anxieux, de l'humeur ou de la personnalité, que son moral est bon, et qu'il ne connaît pas de troubles de l'appétit ou du sommeil, d'idées noires, d'avenir bouché ou de nervosité. En outre, rien n'indique que l'assuré soit victime d'une altération de son fonctionnement social (contrairement à ce qu'indique la Dresse P.\_\_\_\_\_ dans son rapport [p. 3]), dès lors qu'il vit une relation normale avec son épouse, n'a pas connu de problème particulier avec ses enfants - dont l'aîné, à tout le

moins, a entre-temps quitté le giron familial - et fréquente quelques compatriotes, lui qui se décrit comme une personne réservée et ne parlant pas beaucoup (cf. *ibid.*). Ainsi, les contacts limités que l'assuré entretient avec son entourage ne semblent pas correspondre à une modification de ses habitudes sociales. A cela s'ajoute que les thérapeutes de la Clinique D. \_\_\_\_\_ ont relevé des incohérences et des discordances chez ce patient, lequel avait fait preuve d'une « *compliance* » moyenne durant son séjour (cf. rapport du 29 janvier 2007 p. 4), et que l'intéressé se trouve actuellement dans une phase de revendication (cf. rapports de la Dresse K. \_\_\_\_\_ des 8 juillet 2008 [p. 3] et 25 juin 2009 [p. 1]), éléments qui plaident à l'encontre de la reconnaissance d'un trouble somatoforme douloureux invalidant (cf. consid. 4d/aa supra). D'autre part, l'assuré présente un retard mental qui s'avère dépourvu d'influence dans le présent contexte, quoi qu'en pense la rhumatologue K. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 juin 2009 p. 2). En effet, nonobstant son déficit intellectuel qui semble vraisemblablement être congénital, il demeure que l'intéressé a toujours travaillé et subvenu aux besoins de sa famille jusqu'à son accident du 7 novembre 2005; il ne saurait donc prétendre que ce facteur serait désormais constitutif d'une incapacité de gain.

Pour ces motifs, c'est donc à juste titre que le SMR - et corollairement l'OAI, ainsi qu'il appert de sa lettre explicative du 17 août 2009 - a retenu que l'assuré ne présentait aucune affection psychiatrique invalidante.

**e)** Il s'ensuit que l'assuré, qui ne souffre d'aucune affection physique ou psychique incapacitante, présente un degré d'invalidité nul. Il n'a dès lors pas droit à une rente AI, respectivement à des mesures professionnelles.

**5.** A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'un complément d'expertise.

**a)** L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire

lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). En revanche, si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c; 124 V 90, consid. 4b; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3, et les références).

**b)** En l'espèce, comme cela résulte des considérants précédents – où le caractère probant des rapports médicaux disponibles a été examiné –, il ne se justifie pas de mettre en oeuvre une expertise médicale supplémentaire, le dossier de la cause étant suffisamment étayé pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause.

**6. a)** En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure est onéreuse, si bien qu'en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées doit supporter les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], 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), étant souligné que 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'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. Ils sont provisoirement mis à la charge du canton attendu que le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur de travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 du règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance en matière civile [RA]; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) –, il y a lieu de relever ce qui suit : les deux écritures destinées à la Cour des assurances sociales – le recours du 18 septembre 2009 et les déterminations du 15 janvier 2010 – ont été rédigées par un avocat-stagiaire; le temps consacré à ces écritures et à leur préparation doit donc être rémunéré au tarif de 110 fr./heure. Me Gillard doit obtenir par ailleurs une indemnisation pour la supervision du travail de son stagiaire (au tarif horaire de 180 fr.). Au regard de la liste des opérations (qui ne comporte pas de liste détaillée des débours) et compte tenu notamment du fait que certaines opérations indiquées sont postérieures à la dernière écriture, il convient de fixer équitablement l'indemnité à 2'500 fr., TVA comprise.

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 17 août 2009 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 Nicolas Gillard, conseil du recourant, est arrêtée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).
- 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 :

La greffière :

**Du**

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

- Me Nicolas Gillard (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Cette décision est communiquée, 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).

La greffière :