

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2013

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

D. _____, à Palézieux-village, recourant, représenté par Me Romano Buob, avocat à Vevey,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, originaire de Bosnie-Herzégovine, a travaillé du 1^{er} janvier 2004 au 29 février 2008 en qualité de manœuvre à plein temps pour l'entreprise J. _____ SA à [...].

Le 24 juillet 2008, l'employeur de l'assuré a déposé un formulaire de demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), indiquant une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} mars 2008, attestée selon un certificat médical du 29 février 2008 du Dr S. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré.

Le 9 septembre 2008, un entretien a eu lieu entre l'OAI et l'assuré, sur son lieu de travail. Il résulte d'un procès-verbal du 10 septembre 2008 que l'assuré souffrait de douleurs dorsales et d'une inflammation de l'épaule droite, suivait un traitement médicamenteux (Tramal et Ilfen 600 mg) et de physiothérapie (depuis mars 2008, à raison de trois séances hebdomadaires, avec deux infiltrations) et allait entreprendre une thérapie pour traiter ses douleurs dorsales. Concernant son activité habituelle pour J. _____ SA, l'assuré a indiqué s'occuper du génie civil, du terrassement et des fouilles, ce qui impliquait des positions à genoux, couché, accroupi ainsi que le port de charges d'au maximum 100 kg (à deux ouvriers) et de sacs de ciment de 25 kg.

Le 19 septembre 2008, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations d'invalidité en raison de troubles à la colonne vertébrale et à l'épaule, depuis février 2008. Dans un certificat médical du 25 août 2008, le Dr S. _____ a attesté une incapacité de travail totale, la question devant être rediscutée à fin septembre 2008.

Le 1^{er} octobre 2008, V. _____, assureur perte de gain de l'assuré, a communiqué avoir versé à ce dernier des indemnités

journalières à 100% du 31 mars au 30 septembre 2009, pour un montant total de 26'628 fr. 40. Cet assureur a également produit les documents médicaux suivants:

- Un rapport médical de V. _____ rempli le 31 mars 2008 par le Dr S. _____, posant le diagnostic de canal lombaire étroit et retenant une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} mars 2008, une activité physiquement légère avec changement de position étant exigible.

- Un rapport médical de V. _____ rempli le 17 juillet 2008 par le Dr S. _____, indiquant les diagnostics de dorsolombalgie sur troubles dégénératifs et de troubles dégénératifs des épaules.

- Un rapport médical de V. _____ rempli le 6 septembre 2008 par le Dr S. _____, indiquant les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs lombaires et d'arthrose acromio-claviculaire sévère et d'atteinte tendineuse à l'épaule droite. Ce médecin a retenu qu'une activité physiquement légère en terrain adapté était exigible, et a fait état d'un traitement de physiothérapie.

Dans un rapport du 11 octobre 2008 adressé à l'OAI, le Dr S. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dégénératifs vertébraux, avec lombalgies chroniques (dès l'été 2007), et d'arthropathie acromio-claviculaire droite et tendinopathie du sus-épineux droit (dès le printemps 2008). Il a retenu une incapacité de travail à 100% du 8 au 20 janvier 2008 et dès le 1^{er} mars 2008 dans la profession d'ouvrier en génie civil. Comme limitations fonctionnelles, il a retenu des restrictions au port de charges, de longs déplacements en terrain irrégulier et le travail de longue durée en des postures contraintes. Le Dr S. _____ a en outre remis notamment les documents suivants à l'OAI:

- Un rapport du 2 juin 2008 du Dr B. _____, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur du CHUV, diagnostiquant une sténose foraminale du canal lombaire L3-L4 modérée sans claudication

neurogène intermittente des membres inférieures, de lombalgies chroniques et de dorsalgies basses de la charnière dorsolombaire avec irradiations intercostales droites d'origine facettaire ou costovertébrale. Ce médecin a proposé un traitement de physiothérapie et, en cas d'évolution défavorable, une approche multidisciplinaire.

- Un rapport du 31 juillet 2008 du Dr R._____, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur du CHUV, diagnostiquant des lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires bas et de cervico-scapulalgies avec brachialgies intermittentes de l'épaule droite. Il a retenu qu'une prise en charge ambulatoire semblait compromise et qu'une prise en charge stationnaire allait être entreprise.

- Un rapport du 9 septembre 2008 du Dr R._____, posant les diagnostics de cervico-scapulalgies droites dans le contexte d'une tendinopathie du sus-épineux et d'arthropathie acromio-claviculaire droite, puis proposant un traitement de physiothérapie.

L'OAI s'est adressé au Dr R._____, qui a retenu dans un rapport du 13 octobre 2008 les diagnostics invalidants de dorso-lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs lombaires bas et de cervico-scapulalgies intermittentes dans le contexte de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite et d'arthropathie acromio-claviculaire droite. Il s'est référé à un examen de l'assuré le 9 septembre 2008, a indiqué une prise en charge hospitalière à partir du 10 novembre 2008 et précisé que l'assuré avait besoin d'un programme de reconditionnement musculaire. Comme limitations fonctionnelles, il a retenu que l'assuré ne pouvait pas travailler au dessus de l'horizontale, avait un port de charges limité à 10-15 kg et devait alterner les positions assises et debout.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 14 octobre 2008, l'entreprise J._____ SA a retenu que l'assuré travaillait 9 heures par jour et avait un salaire horaire de 33.96 de l'heure. Elle a remis des comptes de salaire pour les années 2006, 2007 et 2008. Dans un extrait

du compte individuel de l'assuré, la caisse de compensation des entrepreneurs a mis en évidence un revenu de 53'337 fr. pour 2006 et de 54'415 fr. pour 2007.

Dans une lettre de sortie du 27 novembre 2008, faisant suite à un séjour hospitalier de l'assuré du 10 au 28 novembre 2008 au département de l'appareil locomoteur du CHUV, le Dr R. _____ a retenu ce qui suit:

"Diagnostics:

- Dorso-lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs, mais aussi un important déconditionnement musculaire et psychique.
- Cervico-scapulalgies droites dans le contexte d'une discrète tendinopathie du sus-épineux, mais aussi un déconditionnement physique et psychique.

Traitement:

- Physiothérapie bi-quotidienne à sec et en piscine visant l'antalgie, l'assouplissement global, la réharmonisation musculaire et l'augmentation de l'endurance.
- Ergothérapie quotidienne pour l'hygiène posturale et gestuelle, ainsi que des exercices de mises en situation.
- Prise en charge psychologique.

[...]

Evolution:

[...]

Monsieur D. _____ a, sur le plan physique, progressé par rapport à ce qui a été fait au départ, mais il reste très focalisé sur sa douleur, se décrivant comme étant incapable d'effectuer quelque tâche que ce soit aussi longtemps que la douleur est présente. Nous avons réévalué si une sanction au niveau de l'épaule devrait être faite et l'équipe chirurgicale n'a pas retenu l'indication à une infiltration. En effet, le contexte psychologique semble largement l'emporter sur les problèmes physiques.

Ici un suivi et un accompagnement psychologiques sont certainement indispensables, mais vu les difficultés linguistiques auxquelles nous nous heurtons, la meilleure approche serait par l'Association [...], qui a une antenne sur Vevey. Nous en avons parlé avec le patient qui semble avoir des difficultés à reconnaître cette problématique et qui préfère vous en parler. [...]

Nous avons fourni de nombreux exercices que le patient peut poursuivre de son propre chef.

Je le reverrai au mois de janvier.

Sur le plan des questionnaires d'auto-évaluation, l'échelle EVA de la douleur a passé de 6/10 à 3.5/10, par contre au questionnaire Oswestry, la variation est trop faible passant de 56 à 60%".

L'OAI s'est à nouveau adressé au Dr S._____, qui a examiné son patient le 2 décembre 2008. Dans un rapport du 12 décembre 2008 à l'OAI, ce médecin a retenu un état de santé stationnaire. Il a constaté une évolution peu favorable et une exacerbation de l'état anxieux, avant de retenir un pronostic réservé sur le plan de l'appareil locomoteur. Il était capital, selon ce médecin, que l'assuré puisse débiter une mesure de réinsertion professionnelle dans une activité physiquement moins astreignante.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un rapport du 6 février 2009 des Drs N._____ et T._____, que l'assuré présentait les atteintes de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs lombaires bas, et de cervico-scapulalgies intermittentes, dans le contexte d'une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite. Ils ont retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles mises en évidence étaient les suivantes: pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7.5 kg, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assises, debout et d'effectuer quelques pas d'assouplissement au minimum une fois par heure et de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur, pas de position statique debout immobile au-delà de 10 à 15 minutes, pas d'utilisation des bras au-dessus de l'horizontale des épaules.

Du 14 juin au 9 juillet 2010, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au centre COPAI d' [...]. Dans un rapport final

du 6 juillet 2010, les responsables de stage ont retenu les observations suivantes s'agissant de la capacité de travail de l'assuré:

"5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

[...]

A l'arrivée dans nos ateliers nous sommes en présence d'un homme corpulent, de grande taille et de bonne présentation. Il nous parle avec un air triste et dépité d'ennuis physiques divers: douleurs dans le dos et dans les épaules, thrombose au poumon avec plusieurs opérations. En situation de travail, les facultés d'adaptation à la nouveauté de cet assuré sont faibles. Malgré les nombreuses années passées en Suisse (arrivé en 1981), sa maîtrise du français est lacunaire et il n'est pas en mesure d'assimiler des consignes données sous forme théorique. La plupart des activités doivent lui être démontrées par la pratique avant qu'il puisse les exécuter de façon autonome. Les travaux qui comprennent plusieurs consignes ou ceux sollicitant réflexion et logique ne lui sont pas accessibles. L'habileté manuelle de l'assuré est moyenne et les travaux fins et délicats ne sont pas à sa portée. Il présente un état dépressif marqué. Il se perçoit "foutu" et cela influence son engagement. Quoique manquant singulièrement de dynamisme et de vivacité, son comportement dans les ateliers est correct. Poli et de bonne commande, il ne refuse aucune activité et en règle générale, il produit une bonne qualité de travail.

Face à nos activités allégées, l'assuré agit assis de préférence, tout en alternant régulièrement les positions. Il ne supporte pas les positions statiques prolongées. Lorsqu'il est assis, il change systématiquement l'appui des fesses à la recherche de points d'appui favorables et il se lève à plusieurs reprises pour faire quelques pas et dégourdir le dos. En position debout, il piétine sur place ou fait quelques pas dans un périmètre réduit. L'assuré présente le dos rigide avec la tête rentrée dans les épaules. Sa gestuelle est saccadée, lente et précautionneuse. Tous les gestes en amplitude ou en extension sont ménagés. Sa mobilité au niveau des épaules est restreinte et les activités sollicitant des manipulations intensives provoquent rapidement inconfort et fatigue. Il se déplace lentement avec une boiterie intermittente.

L'assuré qui ne parle quasiment pas, démontre un inconfort et une souffrance physique quasi constants. Affichant perpétuellement un air sombre et fermé, il se montre abattu et apathique. Les rendements qu'il produit atteignent à peine 60%.

Afin de parfaire nos observations, nous avons placé l'assuré dans l'entreprise [...] où, durant une semaine, il a pu effectuer des travaux d'emballage, de sciage de cartons, du découpage et fraisage de petites pièces en plastique. Il a pu alterner les positions en changeant régulièrement d'activité. Le responsable de l'atelier signale que l'assuré se déplace lentement avec une claudication à la marche. Il démontre une douleur dorsale importante mais ne se plaint pas. L'assuré ne parle pour ainsi dire pas et cela peut faire croire à un manque de motivation. Sa vitesse d'exécution est

relativement bonne, mais son endurance est en forte diminution en fin de semaine. Il respecte les consignes démonstratives reçues et son travail est de bonne qualité. Il se montre abattu, il dit que son inconfort devient de plus en plus difficile à supporter, il ne comprend pas comment il a pu tomber si bas. Le responsable estime ses rendements à 60%. Il considère que cet homme peut donner satisfaction à un employeur dans ce genre de travaux, mais il souligne que l'image qu'il donne ne loue pas en sa faveur.

L'assuré affiche une mauvaise image de lui. Abattu, attristé et déprimé, il se perçoit fichu et condamné à la souffrance. Manquant singulièrement d'énergie et de vitalité, il subit la douleur sans trouver la force de réagir. A l'heure actuelle, cet homme est trop ralenti par la douleur physique et trop anéanti par la détresse psychique pour prétendre à une productivité approchant la norme et cela quelle que soit l'activité.

6. CONCLUSION

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de cet assuré est diminuée. M. D. _____ peut travailler la journée entière avec un rendement de 60%. Des activités simples et répétitives à l'établi telles que: montage, assemblage, manutention ou conditionnement ainsi que la conduite/alimentation de machines-outils automatiques ou semi-automatiques, peuvent lui être proposées. L'assuré doit pouvoir alterner les positions assis/debout et il doit avoir la possibilité de prendre de petites pauses pour se détendre et faire quelques pas. Une aide au placement devrait lui être accordée. [...]"

Dans un rapport du 5 juillet 2010, le Dr A. _____, médecin-conseil du COPAI, a indiqué partager l'appréciation du groupe d'observation selon laquelle l'assuré conservait une capacité de travail. Il a retenu une baisse de rendement de 40% en raison de l'inconfort, des douleurs du dos et des épaules, de la nécessité de changer de position fréquemment, de faire quelques pas pour ménager le dos, et d'éviter les rotations et les flexions antérieures même faibles du rachis.

Dans une fiche de calcul interne du 14 juillet 2010 - sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 2008, indexée à 2009, et compte tenu d'une diminution de rendement de 40% ainsi que d'un abattement de 10% en raison de limitations liées à l'âge et d'un poste à rendement diminué - l'OAI a retenu un revenu d'invalidé de 32'825 fr. 84 pour 2009. Selon la CCT en vigueur en 2009, l'OAI a en outre retenu un revenu sans invalidité de 65'208 francs. Dans une fiche d'examen du 23

juillet 2010, sur la base des données transmises par l'employeur, l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de 72'788 francs.

Par communications des 23 juillet et 26 août 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui accordait une aide au placement sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Il considérait ainsi que l'intéressé était réadaptable à 50%.

Dans un projet d'acceptation de rente du 23 juillet 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une demi-rente à compter du 1^{er} mars 2009. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 1^{er} mars 2008 et que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 40%. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 65'208 fr. dans l'activité habituelle de manœuvre et d'un revenu d'invalidé théorique de 32'825 fr., l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 49.66%, qu'il a arrondi à 50%.

Dans un rapport final du 22 octobre 2010, établi à la suite d'un entretien du 6 octobre 2010 avec l'assuré, il a été décidé de mettre fin à la mesure d'aide au placement. Un collaborateur de l'OAI a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs permanentes qui l'empêchaient de reprendre une quelconque activité professionnelle, quel que soit le taux d'activité.

Le 25 novembre 2010, par son mandataire, l'assuré a déposé ses observations contre le projet de décision précité, en concluant à l'octroi d'une rente entière et en réclamant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un avis médical du 8 décembre 2010, sous la plume des Drs M._____ et T._____, le SMR a indiqué que les arguments de l'assuré ne permettaient pas de modifier son appréciation.

Par décision du 14 février 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} mars 2009, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision du 23 juillet 2010.

B. Par acte de son mandataire du 17 mars 2011, D._____ a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2009, subsidiairement à l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité. Se prévalant de la gravité de ses problèmes de santé, il soutient qu'il ne peut pas travailler à 50% dans une activité adaptée. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment une investigation sur le plan psychique.

Dans sa réponse du 12 avril 2011, se fondant sur les conclusions du SMR et du stage d'observation professionnelle, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le recourant a déposé une expertise du 16 mai 2011 du Dr W._____, neurologue, qui a relevé notamment ce qui suit:

Lors de mon examen neurologique complet et du long entretien, je perçois un patient [...] qui répond parfaitement bien aux différentes questions et n'a pas montré, à aucun moment, un quelconque signe de surcharge fonctionnelle. Il est indéniable qu'il y a un état dépressif chronique mais ceci est compréhensif vu l'arrêt de travail et la misère socio-économique à laquelle il est confronté.

Mon examen neurologique révèle, comme pour les précédentes évaluations, des déficits importants, déjà au niveau de la charnière cervico-occipitale, avec des limitations douloureuses, une douleur dans la région acromio-claviculaire, avec une tendinopathie du sus épineux de l'épaule droite, qui ne s'est pas améliorée sous infiltrations. Il a des douleurs médiodorsales sur sa maladie de Scheuermann, non améliorées après des infiltrations. Il a en plus des cervico-brachialgies intermittentes. La mobilisation de la colonne dorsolombaire est extrêmement déficitaire à cause de ce canal lombaire étroit. On l'observe de façon franche, aussi bien lors de mon examen neurologique, qu'avec le Dr R._____ à plusieurs reprises, dans les mouvements de flexion latérale, rotation et surtout une DDS très limitée à 50 cm.

Si à mon examen neurologique des membres inférieurs, on n'observe pas d'atrophie des muscles, ni de troubles importants de la sensibilité ni de déficit moteur, il n'en demeure pas moins qu'il y a un syndrome douloureux sévère dû au canal lombaire étroit au

niveau L3-L4. L'épreuve de Lasègue fait foi. La mobilisation contre-résistance des membres supérieurs est extrêmement douloureuse, sans que l'on observe un déficit sensitif et moteur.

CONCLUSION FINALE

Après avoir revu l'ensemble des examens neurologiques, des différents rapports et après avoir revu personnellement les deux IRM lombaires, on doit conclure que ce patient présente un déficit important, chronique et définitif. L'intensité de ses douleurs dues au canal lombaire étroit qui ne peut pas être opéré contribue de façon parfaitement objective à une incapacité de travail totale. Pour éviter une chronification dans un état dépressif qui est déjà sévère, une petite activité résiduelle occupationnelle serait souhaitable. On ne peut guère envisager un quelconque recyclage professionnel, comme il l'a bien été démontré au stage de l'ORIF à [...], du fait que toutes les tâches, même les plus simples et les plus légères, ne peuvent être assumées.

Vouloir à nouveau se "réfugier" sur des capacités résiduelles variables de 30 à 60% dans des situations adaptées n'a aucun sens. La problématique est évidente et demeure. Refaire des injections intra-articulaires, que ce soit cervicales, acromiales à droite ou lombaires, ne seront d'aucune utilité. Il y a malheureusement une surcharge pondérale qui aggrave la situation. On pourrait encore proposer pour essayer de soulager ce patient dans ses douleurs, un décontractant musculaire intense [...]"

Dans sa réponse du 30 juin 2011, l'OAI a confirmé sa position. Il a déposé un avis médical du SMR du 21 juin 2011 des Drs M. _____ et T. _____, qui ont en substance relevé que l'avis du Dr W. _____ ne pouvait être retenu, en l'absence de nouvelles constatations objectives.

Le recourant a par la suite déposé un courrier du 4 août 2011 du Dr W. _____, qui a confirmé son appréciation, expliquant en particulier que l'impossibilité pour l'assuré de reprendre une activité professionnelle résultait du syndrome irritatif ou des sciaticques des deux jambes et de la tendinopathie du membre supérieur.

C. Sur proposition du juge instructeur, l'assuré a été soumis à un examen pluridisciplinaire - de médecine interne, rhumatologique, psychiatrique et neurologique - à la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après: la PMU), avec le concours d'un interprète de langue albanaise, macédonienne, serbo-croate, bosniaque et française. Dans leur expertise du 15 mai 2012, les Drs Z. _____ et F. _____, spécialistes en

médecine interne, et C._____, psychiatre, ont posé les diagnostics suivants:

Avec influence essentielle sur la capacité de travail

Lombalgies chroniques dans le contexte d'altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées avec discopathies très évoluées, rétrécissement de plusieurs trous de conjugaison et à un certain degré de rétrécissement du canal rachidien.

Scapulalgies bilatérales:

A droite: tendinopathie sus-épineux, sous-scapulaire et long chef du biceps.

A gauche: tendinopathie sus-épineux, long chef du biceps et sous-scapulaire.

Sans influence essentielle sur la capacité de travail

Syndrome somatoforme douloureux persistant.

Trouble dépressif, épisode actuel léger à moyen.

Névralgie du nerf fémoro-cutané gauche (méralgie paresthésique).

Cervicalgies chroniques: cervicarthrose diffuse modérée, pas de hernie discale à l'IRM cervicale du 30.04.2012.

Status après embolie pulmonaire massive le 25.10.2009 (post-appendicectomie).

Obésité (BMI 34.2 kg/m²).

Dans leur appréciation du cas, les experts de la PMU ont notamment relevé ce qui suit:

"Sur le plan rhumatologique, Monsieur D._____ présente diverses plaintes; d'une part des lombalgies, avec irradiation dans le membre inférieur gauche, évoluant de manière chronique depuis plusieurs années, puis subitement exacerbées en 2008, sans facteur déclenchant mis en évidence, avec dès lors "blocages lombaires à répétition", résistant à tous les traitements entrepris.

Au status, on note des troubles statiques avec effacement des courbures physiologiques et discrète attitude scoliothique. La mobilisation du rachis est douloureuse dans tous les plans et la percussion électivement sensible en région dorsolombaire; par ailleurs, de nombreuses consignes ne sont pas réalisées, par appréhension (sautillement, accroupissement). Le status neurologique démontre essentiellement une hypoesthésie de la face externe de la cuisse gauche.

Le bilan radiologique met en évidence une atteinte arthrosique sévère des étages dorsaux inférieurs ainsi qu'une altération marquée avec hypotrophie des massifs articulaires postérieurs au niveau lombaire inférieur, évoquant un possible canal lombaire étroit actif, qui avait déjà été mis en évidence aux IRM lombaires de 2008 et 2011.

D'autre part, Monsieur D._____ se plaint de scapulalgies bilatérales, à droite dès 2008 puis à gauche dès 2011, symptomatologie actuellement identique des deux côtés, qualifiée d'invalidante dans les activités de la vie quotidienne, résistante au traitement d'infiltration (à droite) et de physiothérapie. Au status, on note une limitation symétrique de la mobilisation active des deux côtés, limitée à environ 40° tant en abduction/antépulsion que rétropulsion, avec gain de 10° en mobilisation passive, manoeuvres qui déclenchent rapidement des réactions de retrait. Les rotations externe-interne sont par contre conservées.

Le bilan radiologique standard démontre une discrète ascension de la tête humérale bilatéralement. Le bilan d'imagerie a été complété par une IRM des épaules des deux côtés (comparatif IRM droite 2008 à disposition).

Les résultats sont quasi superposables des deux côtés, avec mise en évidence de tendinopathie du sus-épineux, sous-scapulaire et du long chef du biceps bilatéralement. Précisons que par rapport à l'examen comparatif droit de 2008, il n'est pas apparu de déchirure tendineuse nette.

Par ailleurs, des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire des deux côtés sont relevés: l'arthrose acromio-claviculaire mise en évidence à droite, avec acromion saillant, contribue à une discrète diminution de l'espace sous-acromial, expliquant la clinique de conflit sous-acromial; à gauche, les troubles dégénératifs sont plus modérés.

Cependant, les plaintes et limitations fonctionnelles ne paraissent pas entièrement explicables par les éléments radiologiques.

Par ailleurs, Monsieur D._____ se plaint de cervicalgies chroniques, mais quantifiées de moindre importance par rapport aux autres plaintes mentionnées, irradiant dans les épaules et membres supérieurs des deux côtés; au status clinique, il n'y a pas de nette contracture, la mobilisation active de la nuque est quasi nulle dans tous les plans mais complète en passif.

Le status neurologique ne met pas en évidence de déficit sensitivomoteur hormis de nombreux lâchages antalgiques.

Le discours apparaissant essentiellement focalisé sur les plaintes somatiques, au centre des préoccupations du patient, non entièrement expliquées par les images radiologiques, nous évoquerons le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, comme nous le discuterons plus loin.

Sur le plan fonctionnel, les pathologies ostéo-articulaires constituent une contre-indication à toute activité lourde sollicitant de manière répétitive le rachis dorsolombaire et cervical, le port de charges régulier supérieur à 10 kg et les mouvements répétitifs au-dessus du plan de la tête.

Le bilan a été complété par un consilium neurologique, incluant examen clinique, relecture des documents radiologiques à disposition et ENMG du membre inférieur gauche. Le status clinique

permet de retenir le diagnostic de névralgie du nerf fémoro-cutané gauche (méralgie paresthésique) expliquant les phénomènes de lâchages algiques, dysesthésiques et endormissement spécifiquement localisé au niveau de la face de la cuisse externe gauche; cette pathologie est néanmoins aisément traitable par infiltration ou neurolyse.

L'ENMG du membre inférieur gauche ne relève pas de signe d'atteinte neurogène périphérique dans ce membre.

Les altérations dégénératives disco-vertébrales lombaires pluri-étagées avec notamment discopathie très évoluée, rétrécissement de plusieurs trous de conjugaison et certains degrés de rétrécissement du canal rachidien visible dans les deux IRM sont confirmées, susceptibles d'être la cause des douleurs de l'expertisé et de la gêne fonctionnelle rencontrée.

A la demande de notre consultant neurologue, le bilan a été encore complété par une IRM cervicale le 30.04.2012. Cet examen ne met en évidence aucune hernie discale à tous les niveaux examinés mais des troubles dégénératifs modérés, étagés de C2 à C6, confirmant l'absence de pathologie majeure expliquant les plaintes au niveau des deux MS.

Sur le plan fonctionnel, du point de vue strictement neurologique, l'ancienne activité physiquement lourde n'est plus exigible, alors qu'une activité légère sans port de charges régulier supérieur à 10 kg et permettant des changements réguliers de position apparaît adaptée.

De son parcours de vie, nous relevons une enfance passée en Bosnie, second d'une fratrie de 2, sans carence effective mais marquée essentiellement par des difficultés financières. Après une scolarité sans particularité, il aide dans un premier temps ses parents dans le domaine familial puis s'engage comme ouvrier sur des chantiers privés. Il se marie à l'âge de 20 ans et à l'âge de 25 ans, son premier enfant étant né et sa femme enceinte du 2^{ème}, il décide d'émigrer en Suisse afin d'y retrouver une meilleure situation économique. Sa femme le rejoint peu après, les 2 fils du couple sont actuellement mariés et chacun père de 2 enfants. Actuellement, Monsieur D. _____ décrit une bonne entente familiale.

Sur le plan psychiatrique, nous notons un contact adéquat, l'expertisé apparaissant peu démonstratif, le discours est exclusivement centré sur les éléments factuels et concrets. L'évocation des affects est très pauvre et toujours rapportée au concret; on remarque par moments une expression émotionnelle (yeux qui se mouillent, regards qui se baissent, ton de voix plus bas) en lien avec les difficultés évoquées.

La thymie est sur le versant dépressif, on n'observe pas de trouble formel de la pensée.

Outre les douleurs physiques, l'expertisé mentionne des troubles du sommeil, de l'anxiété face à l'avenir, des moments de désespoir avec idées suicidaires, de la tristesse avec pleurs dans la journée, un

sentiment de honte à l'idée de ne pas être un père et un grand-père pouvant aider et soutenir sa famille.

Ces divers éléments cliniques et anamnestiques nous permettent de retenir les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant ainsi que de trouble dépressif léger à moyen.

Effectivement, les plaintes douloureuses ne peuvent pas être entièrement expliquées par les examens cliniques et bilans radiologiques; cependant, si le discours est essentiellement centré sur les plaintes, il n'y a pas de perte d'intégration sociale, pas de réel sentiment de détresse et pas de comorbidité grave. Le trouble somatoforme douloureux ne peut donc pas être considéré comme invalidant selon les critères jurisprudentiels en vigueur.

Quant au trouble dépressif, l'épisode actuel est considéré de léger à moyen, participant dès lors dans une mesure légère à l'incapacité de travail.

Globalement, en tenant compte des divers avis sollicités, rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques, nous estimons qu'actuellement la capacité de travail de Monsieur D._____ est nulle dans l'activité d'ouvrier dans la construction et de 50% dans une activité légère adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles décrites et ce pour motif essentiellement rhumatologique et neurologique et dans une moindre mesure de l'atteinte psychiatrique".

Dans ses déterminations du 7 juin 2012, l'OAI a fait valoir que l'expertise de la PMU du 15 mai 2012 comportait des contradictions et ne pouvait avoir valeur probante, et que même en retenant une exigibilité de 50% le droit à la rente ne serait pas modifié. Il a déposé un avis médical du SMR du 4 juin 2012 du Dr M._____, qui a notamment relevé ce qui suit:

"Alors que l'atteinte psychiatrique (trouble somatoforme et épisode dépressif léger à moyen) est répertoriée comme étant sans incidence sur la capacité de travail, on est surpris de constater que les experts, sans crainte de se contredire, l'incluent dans leur estimation pour finalement justifier une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Cette contradiction est d'autant plus surprenante lorsque l'on sait que le trouble dépressif moyen est généralement admis comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme, et qu'il ne saurait en être séparé pour constituer une maladie incapacitante per se".

Le recourant a déposé un rapport du 19 juin 2012 du Dr S._____, qui a notamment contesté les constatations médicales et l'avis des experts sur le plan rhumatologique, remis en cause l'avis du SMR et

relevé la contradiction entre les conclusions du stage d'observation professionnelle avec celles du SMR.

Dans ses déterminations du 20 juillet 2012, se prévalant d'un problème de traduction avec l'interprète lors de la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, le recourant a expliqué que le neurologue avait décrit des mouvements incomplets et rapidement interrompus par l'assuré. Il a fait valoir que le neurologue associait une mauvaise réaction au traitement à une mauvaise volonté de sa part. Au sujet de la capacité de travail, le recourant a expliqué que les parts concernant l'état de santé physique et psychique n'avaient pas été précisément déterminées.

Pour information, le recourant a produit les 20 mars, 31 mai et 7 juin 2013, trois avis médicaux du Dr S. _____, confirmant l'incapacité de travail totale de son patient.

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'AI (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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Dans le cas présent, la quotité du droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2009 est litigieuse.

3. a) Selon 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

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 51 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; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, 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 dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En particulier, 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 831.201; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Par ailleurs, 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 confidentes privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc

et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa; TF 9C_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1).

d) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants 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 398 consid. 5.3 et 6; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que 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. Au premier plan figure 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; 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2).

D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132; 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall 2003, p.77).

Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, 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_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2).

4. a) Dans le cas présent, l'assuré a été soumis à un examen pluridisciplinaire à la PMU. Dans leur expertise judiciaire du 15 mai 2012, les Drs Z._____, et F._____, spécialistes en médecine interne, et C._____, psychiatre, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le contexte d'altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées avec discopathies très évoluées, rétrécissement de plusieurs trous de conjugaison et à un certain degré de rétrécissement du canal rachidien, et de scapulalgies bilatérales. Dans leur appréciation du cas, en tenant compte globalement des atteintes rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques, ils ont retenu que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

b) Sur le plan somatique, plus précisément rhumatologique, les experts de la PMU ont constaté la présence notamment de lombalgies, de scapulalgies bilatérales et de cervicalgies chroniques. Ils ont dûment tenu compte des documents radiologiques, en particulier des rapports d'IRM lombaire et dorsale, et se sont basés sur les différents avis médicaux versés au dossier, notamment ceux du Dr S._____, médecin traitant de l'assuré. Le bilan a été complété par un consilium neurologique, effectué par le Dr Q._____, qui a procédé à un examen clinique et dûment tenu compte de l'expertise du Dr W._____ et des remarques du SMR. Le Dr S._____, qui a critiqué les constatations et l'avis du Dr Q._____ (rapport du 19 juin 2012), ne se base toutefois pas sur un examen personnel de l'assuré en tant que spécialiste, n'a pas décrit de status, ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles et n'a pas contesté l'avis des experts au sujet de la capacité de travail. En tant que médecin généraliste traitant de l'assuré, son avis doit du reste être apprécié avec les réserves d'usage à l'égard des conclusions, en l'occurrence dûment motivées et résultant d'un examen neurologique complet, du Dr Q._____.

Le recourant se prévaut d'un problème de traduction avec l'interprète, expliquant que le neurologue avait décrit des "mouvements

incomplets et rapidement interrompus" par l'assuré. On ne voit pas en quoi cette assertion (expertise, p. 19) justifierait une récusation du traducteur. En effet, rien ne permet de dire que l'assuré aurait, compte tenu de ses capacités, dû effectuer d'autres mouvements que ceux qu'on lui a demandés lors de l'examen par le Dr Q._____. Par ailleurs, dès lors qu'il a été examiné le 29 mars 2012 par ce médecin et que l'expertise a été rendue le 15 mai 2012, le recourant a manifestement tardé à se plaindre du choix du traducteur, ce qu'il n'a fait que dans ses observations du 20 juillet 2012. Or, selon la jurisprudence en matière de récusation, il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (ATF 132 II 485 consid. 4.3; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1; TF I 294/06 du 20 avril 2007 consid. 3.3).

c) Sur le plan psychique, on ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions des experts de la PMU, qui se basent sur un examen effectué par le Dr C._____, psychiatre. En effet, au vu du dossier, ce médecin est le seul psychiatre à s'être prononcé sur l'état de santé de l'assuré, ceci de manière convaincante. Il y a donc lieu de retenir que le recourant présente un trouble dépressif, épisode actuel léger à moyen, en soi sans incidence sur sa capacité de travail.

Les experts ont également retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, dès lors que les plaintes ne pouvaient pas être entièrement expliquées par les examens cliniques et les bilans radiologiques. Ils n'ont pas constaté de perte d'intégration sociale, de réel sentiment de détresse ni de comorbidité grave. Au demeurant, il n'y a pas non plus d'affections corporelles chroniques ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; lors de l'examen neurologique il a été retenu que l'assuré était assez démonstratif dans ses plaintes et qu'il donnait l'impression d'une majoration des symptômes. Dès lors, avec les experts, il y a lieu de retenir, au vu des critères posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral, que le syndrome somatoforme

douloureux persistant dont est atteint le recourant ne revêt pas de caractère invalidant.

d) S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, se référant aux conclusions du Dr M._____ (avis médical du SMR du 4 juin 2012), l'OAI soutient que l'expertise de la PMU est contradictoire et qu'elle ne peut avoir valeur probante. Or, dans leur appréciation du cas, les experts ont retenu que le trouble dépressif participait "dans une mesure légère à l'incapacité de travail" et ils ont évalué, globalement, que l'incapacité de travail résultait de motifs "essentiellement rhumatologique et neurologique et dans une moindre mesure de l'atteinte psychiatrique". Ils ont donc clairement minimisé le rôle des troubles psychiatriques dans l'incapacité de travail, de sorte qu'on ne voit pas en quoi leur appréciation serait contradictoire. Du reste, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles sur le plan psychique.

Lorsque le Dr S._____ s'étonne de la différence entre les constatations faites lors du stage d'observation professionnelle (rendement de 60%) et les conclusions de l'expertise de la PMU (capacité de travail de 50%), il faut relever qu'il appartient au médecin spécialiste, et non au conseiller en réadaptation, d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; sur le rôle du médecin et du conseiller en réadaptation: TF I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

Pour sa part, le recourant fait valoir que les parts concernant l'état de santé physique et psychique n'ont pas été précisément déterminées par les experts. A ce sujet, il faut lui rétorquer que le taux global d'incapacité de travail ne résulte pas nécessairement de l'addition de deux taux d'incapacité de travail, d'origines somatique et psychique, mais procède d'une évaluation globale, soit d'une pondération (TF 9C_87/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3; TF I 143/03 du 26 mai 2003 consid. 3.3). Or, les experts de la PMU ont justement procédé à une évaluation globale pour arrêter la capacité de travail résiduelle de l'assuré,

en l'occurrence à 50%. Pour le surplus, les critiques du recourant ne sont pas à même de remettre en cause l'appréciation – en l'occurrence dûment motivée – des experts de la PMU, ce d'autant plus qu'elles n'émanent pas d'un médecin.

e) En suivant les conclusions de l'expertise de la PMU, il y a dès lors lieu de retenir que l'assuré présente une incapacité de travail de 50%. En tenant compte d'un revenu d'invalidé de 27'354 fr. 86 – selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2009, en tenant compte d'un taux de 50% et d'un abattement de 10% (non contesté et paraissant équitable au vu des circonstances) – et d'un revenu sans invalidité non contesté de 65'208 fr. (fiche interne de l'OAI du 14 juillet 2010), le taux d'invalidité est de 58.05%, ce qui donne droit à une demi-rente (art. 28 al. 2 LAI). Ce résultat est au demeurant le même si l'on s'en tient aux chiffres retenus par l'OAI, qui se base sur une diminution de rendement de 40% et sur un taux d'invalidité de 50%.

Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

5. a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Romano Buob a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 3'859 fr. 90 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (18.5 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 244 fr. et TVA à 8%).

b) La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton,

le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 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 Romano Buob, conseil du recourant, est arrêtée à 3'859 fr. 90 (trois mille huit cent cinquante-neuf francs et nonante centimes), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Romano Buob, avocat à Vevey (pour D. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

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).

Le greffier :