

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mai 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dessaux et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Saghbini

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par L. _____, à Lausanne,
et

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

Art. 4 al. 1 LAI ; 69 al. 2 RAI ; 43 al. 1 LPGA ; 98 al. 1 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. Le 22 février 2010, O._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Selon le questionnaire pour l'employeur du 12 mars 2010, l'assuré a travaillé en qualité d'ouvrier d'atelier du 1^{er} février au 30 avril 2008 pour la Fondation Mode d'emploi pour un salaire net de l'ordre de 2'488 fr. pour le mois de février, de 4'454 fr. pour le mois de mars et de 2491 fr. pour le mois d'avril.

Dans un rapport du 8 février 2010 les Dresses S._____ et P._____, cheffe de clinique, respectivement médecin assistante, de la T._____ ont indiqué ce qui suit :

« Diagnostics :

- Syndrome lombo-vertébral droit récidivant sur rétrécissement du canal lombaire de L3 à L5 et hernie discale L5 à S1
- HTA traitée
- Hépatite B chronique active
- Etat dépressif modéré
- S/p thyroïdite de De Quervain

Le patient est suivi de longue date pour des lombosciatalgies droites récidivantes. En raison d'une péjoration des symptômes depuis quelques mois, une IRM de la colonne lombaire a été réalisée en novembre 2009, montrant la présence d'une hernie discale L5-S1 en contact avec la racine S1 droite et responsable d'une inflammation péri-herniaire et péri-radiculaire S1 droite. Compte tenu de douleurs importantes, M. O._____ présente actuellement une incapacité de travail de 100 % dans son travail de nettoyage. Il n'est actuellement pas apte à effectuer un travail nécessitant de grands mouvements comme de se pencher en avant ou d'effectuer des rotations du tronc et le port de charges, ni à effectuer un travail en position assise prolongée.

Par ailleurs, ses connaissances rudimentaires du français, tant écrit que parlé, rendent peu probable la possibilité d'une réinsertion professionnelle dans un secteur administratif. »

Le Dr W._____, chef de clinique au Z._____, dans un rapport du 16 mars 2010 a posé les diagnostics, ayant une influence sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites chroniques dans le contexte d'un status après ancienne hernie discale L5-S1, discarthrose L4-

L5 et cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, et, les diagnostics sans conséquence sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle et d'hépatite B. Il a en outre relevé ce qui suit :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels) :

Accentuation des lombalgies de longue date connues depuis 10 mois l'ayant amené à consulter les urgences à plusieurs reprises. Il décrit des blocages de son MID.

Plaintes actuelles :

Douleurs lombaires basses irradiant sur la face postérieure du MID. Le problème lombaire semble quand même prédominer. La position assise est supportée 15-20 minutes, debout stationnaire 3-4 minutes, la marche 20 minutes.

Médicaments :

Dafalgan, Irfen 400 2x/j., Tramal gtttes/le soir, Amlodipine, Inderal et Nexium.

A l'examen clinique :

Patient se déshabillant très lentement, pesant 105 kg pour une taille de 174.5 cm.

Augmentation de la cyphose dorsale avec une projection antérieure du tronc.

Le Schöber modifié montre 14/15/17 cm (norme 12/15/22) et une DDS dépassant les 80 cm.

Inclinaisons latérales droites/gauches (progression des doigts le long des cuisses) : 6/4 cm.

Dans le plan sous-pelvien, impossibilité de lever les jambes. La manoeuvre des jambes tendues peut être menée jusqu'à 30°. L'angle poplité (hanche fléchie à 90° et déficit d'extension du genou) est de 80°. La distance talon/fesse en décubitus ventral est de 40 cm. La manoeuvre de Patrick est de 40 cm de chaque côté.

Au niveau cervical, flexion/extension : 0/17. Rotations droite/gauche : 60/0/60. Au niveau des épaules : la mobilité en flexion est à 140°, l'abduction à 110°.

Le status neurologique montre une absence du réflexe achilléen à droite. Nombreux signes comportementaux (Waddel 4/5 et Kummel 2/3).

Bilan radiologique :

IRM lombaire du 13.11.2009 : Lésions type Modic II L4/L5, même description que sur celle que j'avais vue il y a quelques années en arrière. Il y a un petit Modic II sur le plateau supérieur de S1. Bonne hydratation du disque, même si sa hauteur a diminué.

La radiographie de la colonne cervicale du 06.01.2010 : montre des troubles dégénératifs sous forme d'une ostéophytose inférieure de C4 et une discarthrose C5/C6.

Appréciation :

Ce patient présente des lombo-sciatalgies chroniques dans un contexte de chronicisation. Important déconditionnement physique et psychique. Dans ce contexte, nous avons suggéré l'utilisation

d'une orthèse lombaire avec utilisation d'un tricyclique. Le pronostic reste néanmoins réservé. »

Dans un rapport du 3 mai 2010, les Dresses S._____ et P._____, ont posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de syndrome lombo-vertébral droit récidivant sur rétrécissement du canal lombaire de L3 à L5 et hernie discale droite L5-S1, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs vertébraux, de syndrome dépressif modéré et de céphalées chroniques d'étiologie indéterminée en cours d'investigation. Elles ont notamment mentionné ce qui suit :

« 1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Patient de 42 ans, connu depuis de nombreuses années pour un syndrome lombo-vertébral D récidivant qui le handicape fortement malgré un traitement antalgique optimal. Une récente IRM lombaire en novembre 2009 confirme une hernie discale au niveau L5-S1 D en contact avec la racine S1 D associée à une inflammation péri-herniaire et péri-radriculaire S1 D. On note également la présence d'arthrose postérieure lombaire basse pluri-étagée en discrètes poussées inflammatoires par endroits. M. O._____ a été suivi régulièrement à la consultation du rachis au Z._____ par le Dr [...]. Ce dernier relève un contexte de chronicisation avec la présence de nombreux signes comportementaux ainsi qu'un important déconditionnement physique et psychique. Il n'y a actuellement pas d'indication à une intervention chirurgicale. M. O._____ se dit très amoindri dans la vie de tous les jours en raison de ses douleurs lombaires. Depuis avril 2009, il a consulté à plusieurs reprises aux urgences en raison de douleurs insuffisamment contrôlées.

Constat médical

Lors des derniers contrôles, le patient se plaint de la persistance des douleurs lombaires. On note un changement de position difficile, ainsi qu'une déambulation très lente. La position assise est supportée 15 à 20 minutes, la position debout stationnaire 3-4 minutes et la marche durant 20 minutes. L'examen clinique montre une distance doigt-sol dépassant les 80 cm. Les inclinaisons latérales D et G sont de 6/4 cm. La manoeuvre des jambes tendues peut être menée jusqu'à 30°. L'angle poplité est de 80°. La distance talon-fesse en décubitus ventral est de 40 cm.

Au status neurologique, on note l'absence du réflexe achilléen à D.

Pronostic

Peu de chance de récupération.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Antalgie et physiothérapie.

Médication actuelle (y compris le dosage)? Laquelle?

Dafalgan 1g 4x/j. Irfen 600 mg 3x/j. Tramal 20 gouttes 4x/j.

Recommandations pour la future thérapie
Poursuite du traitement actuel, reconditionnement physique en
physiothérapie. »

Ces praticiennes retiennent une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité. Les limitations fonctionnelles sont : limitation à garder des positions prolongées (assises ou debout), limitation dans les mouvements (se pencher en avant, effectuer des rotations du tronc ainsi que le port de charges).

Le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a examiné l'assuré le 14 septembre 2010 au Service médical régional Suisse romande (ci-après : SMR). Il résulte de son rapport d'examen clinique rhumatologique du 11 octobre 2010 notamment ce qui suit :

« **Diagnostics**

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*
 - lombosciatalgies D chroniques (M54.4)
 - o troubles dégénératifs étagés avec Modic II L4-L5, L5-S1, discopathie étagée à l'origine d'un canal lombaire rétréci.
 - o hernie discale L5-S1 paramédiane D au contact de la racine S1 D.
 - cervicalgies mécaniques sur troubles statiques et dégénératifs (M54.2)
 - o discopathie C5-C6 et osteophytose de C4 antérieure.
- *sans répercussion sur la capacité de travail*
 - surcharge pondérale avec obésité de classe I.
 - déconditionnement musculaire global et focal.
 - amplification verbale des plaintes en vue

Appréciation du cas

Jeune assuré âgé de 41 ans, originaire du [...], en Suisse depuis 17 ans, sans formation professionnelle ayant exercé des activités de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine. Une demande de prestations AI est déposée le 23.02.2010 dans un contexte de lombosciatalgies D chroniques évoluant depuis 2004 à la suite d'un faux mouvement en charge à l'origine de phénomènes de blocages itératifs depuis lors. Les différents examens complémentaires réalisés mettent en évidence un trouble dégénératif au niveau du rachis lombaire sous la forme de modification arthrosique accompagnée de phénomènes inflammatoires (Modic II en L4-L5, L5-S1) associés à une hernie discale L5-S1 paramédiane D au contact de la racine S1. Le reste des examens radiologiques mis à disposition au dossier médical mettent en évidence un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis cervical.

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré démonstratif, présentant un discours centré sur la douleur et sur les handicaps que celle-ci entraîne dans sa vie quotidienne. L'examen sur le plan ostéoarticulaire met en évidence un syndrome lombovertébral fluctuant avec une forte composante démonstrative (distance doigts-sol supérieure à 60 cm avec une distance doigts-orteils en position assise de 20 cm). L'assuré présente aussi une diminution de la mobilité du rachis lombaire dans les mouvements de flexion-rotation de type volontaire sur contre-pulsion en contradiction avec une mobilité spontanée sans mise en évidence de signe d'épargne ou de signe algique en position assise lors de l'entretien d'anamnèse. L'examen sur le plan neurologique met en évidence une hypoesthésie dans le territoire L5-S1 D associée à une abolition des réflexes rotuliens et achilléens à D sans mise en évidence d'amyotrophie, de trouble au piqué-touché, de trouble du sens positionnel ou de trouble de la pallesthésie. En ce qui concerne la force musculaire, celle-ci peut être considérée comme symétrique et conservée malgré les différents phénomènes de lâchages antalgiques étagés mis en oeuvre par l'assuré.

Le reste de l'examen met en évidence une HTA, une surcharge pondérale et des signes nets de non-organicité 4/5 selon Waddell et 2/2 selon Kümmel en faveur d'un processus de type non organique.

En conclusion, cet assuré âgé de 41 ans, présente des troubles dégénératifs au niveau du rachis lombaire avec modification de type MODIC II en L4-L5, L5-S1 associé à une hernie discale de localisation L5-S1 D. Au vu des atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire et des données objectives relevées lors de l'examen clinique neurologique, une partie de la symptomatologie revendiquée par l'assuré peut être imputée aux troubles objectifs présentés.

La globalité des symptômes mis en avant par l'assuré, leur chronicité et l'handicap total revendiqué par l'assuré dans la vie de tous les jours ne peut s'expliquer par les atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et l'examen clinique réalisé au SMR. Lors de l'examen clinique au SMR des signes nets de non organicité ont été mis en évidence (confirmant ceux mis en évidence par ses différents médecins traitants).

L'atteinte à la santé sur le plan ostéoarticulaire et les troubles neurologiques qu'elle induit sont à l'origine de l'incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine à fortes charges physiques.

Toute activité respectant les limitations fonctionnelles retenues sur le plan ostéoarticulaire est possible à un taux de 100% avec une diminution d'un rendement évalué à 30% en relation avec les limitations fonctionnelles retenues et le syndrome lombovertébral présenté par l'assuré.

La composante à caractère non organique clairement mise en évidence par les signes de non organicité relevée par ses médecins traitants et confirmée par l'examen clinique au SMR n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

Dans un contexte de trouble douloureux ne pouvant pas être complètement expliqué par les atteintes à la santé objectivées, associé à un état dépressif (revendication de l'assuré), il est préconisé de compléter l'instruction par un examen psychiatrique pour répondre à la jurisprudence actuelle en place.

Limitations fonctionnelles

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 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout minimum 1x/heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes et éviter les montées et descentes d'escaliers à répétition et les positions en genuflexions ou accroupies. Eviter les mouvements nécessitant des rotations brusques du rachis cervical ou des positions statiques prolongées en flexion-extension du rachis cervical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Sur la base de la documentation mise à notre disposition et de l'anamnèse fournie, une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle peut être raisonnablement retenue depuis novembre 2009 (IRM lombaire mettant en évidence des modifications de type MODIC II avec présence d'une hernie discale L5-S1).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine à fortes charges physiques (100% d'incapacité de travail).

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles de façon stricte est théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 30% en relation avec la pathologie inflammatoire dégénérative présentée par l'assuré et la présence d'une hernie discale qui occasionne un syndrome lombovertébral récidivant. Une telle activité peut être raisonnablement exigible depuis février 2010 (date de la demande de prestations AI).

La forte composante à caractère non organique mise en évidence lors des différents examens cliniques antérieurs et confirmée par l'examen clinique au SMR, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

En présence de revendication d'un trouble dépressif associé à une symptomatologie algique chronique dépassant le cadre du substrat organique mis en évidence par les examens complémentaires et l'examen clinique réalisé au SMR, un complément d'instruction sous la forme d'un examen SMR psychiatrique est préconisé pour répondre à la jurisprudence en place.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0 %

Dans une activité adaptée: 70 % depuis le : février 2010. »

Le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR, a examiné l'assuré le 25 novembre 2010 avec l'assistance d'un interprète. Il résulte de son rapport d'examen clinique psychiatrique du 22 décembre 2010 en particulier ce qui suit :

« Anamnèse professionnelle

L'assuré a fait la scolarité de l'âge de 6 ans à 14 ans. Ensuite, il a travaillé comme serveur dans le restaurant de son oncle de l'âge de 18 à 20 ans environ. Par la suite, il a travaillé comme vendeur de vêtements dans la boutique d'un oncle pendant 1-1 ½ an. L'assuré arrive en Suisse en 1993 en tant que requérant d'asile, situation dans laquelle il était jusqu'en 2002. Puis, il a travaillé comme nettoyeur durant une année à [...] (2003), et comme ouvrier dans une usine métallique à [...] pendant une année. L'assuré dit avoir été en arrêt maladie à cause de problèmes du dos durant une année. Ensuite, il s'est inscrit au chômage durant une année et dans ce contexte, il a eu une activité comme démonteur d'appareils électroménagers. Sa dernière activité professionnelle est celle de démontage de pièces électroniques en 2008 environ.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

Les parents de l'assuré sont décrits comme étant gentils. Il décrit une bonne entente parmi la fratrie. Il n'a pas doublé d'année pendant sa scolarisation. Pas d'antécédents d'abus sexuels ou de violence physique pendant son enfance ou son adolescence. Pas d'antécédents de consommation de substances psycho-actives durant son adolescence. Pas d'antécédents de tentative de suicide ou de suivi psychologique durant l'adolescence. L'assuré ne décrit pas de difficultés relationnelles durant ses différentes activités professionnelles au [...].

Il arrive à cause de difficultés relationnelles avec la [...]. Il n'a pas été emprisonné ou torturé. Il est parti avant d'être incarcéré, Il est allé en [...] où il a fait venir son épouse et sa fille. Ils sont venus en voiture jusqu'en Suisse.

Sur le plan sentimental, il s'est marié à l'âge de 22 ans, suite à un arrangement familial. Elle est d'origine [...], de un an sa cadette. Le couple a eu une fille âgée de 19 ans, un fils de 17 ans, un fils de 15 ans et une fille de 7 ans. Les trois premiers enfants n'ont pas eu de difficultés dans leur développement psychomoteur. Sa fille cadette est dans une école spécialisée. L'aînée est au chômage et elle est en bonne santé. Ses fils vont à l'école et ils sont en bonne santé.

Son épouse a des problèmes de dos et à la nuque ; l'assuré décrit une bonne entente conjugale. Par contre, il se décrit comme pouvant devenir irritable, crier, ceci 1-2 fois par semaine.

L'assuré décrit des attaques de panique 1 fois tous les 2 mois.

Sur le plan psychiatrique, il décrit une symptomatologie dépressive en 2004 lors de son hospitalisation suite à un blocage. Il a reçu un traitement pharmacologique et il décrit une discrète amélioration.

L'assuré n'a pas été hospitalisé en milieu spécialisé, il n'a pas bénéficié d'un suivi psychiatrique ambulatoire. Il a bénéficié de deux consultations de la psychiatrie de liaison, il y a 4 ans. En ce qui concerne le traitement de Cipralex®, l'assuré dit l'avoir arrêté il y a 3 semaines, il ne ressentait aucune amélioration et il ne supportait pas les effets secondaires caractérisés par des rêves et la bouche sèche.

Plaintes actuelles

L'assurée décrit une irritabilité, accompagné des « crises » (cris) 1-2 par semaine.

Habitudes

- Tabac : 15 cigarettes par jour.
- Alcool et/ou drogues : alcool nihil.

- Ressources financières : l'épouse de l'assuré est au bénéfice d'une rente AI, plus l'aide complémentaire
- Médicaments : le traitement de Cipralex® a été arrêté par l'assuré il y a 3 semaines. Pas de nouveau traitement antidépresseur.

Vie quotidienne

L'assuré se lève à 09h00-09h30, prend le petit déjeuner, fait sa toilette et s'habille et il s'assied au salon pour regarder la télévision durant 1-1 ½ heure. Ensuite, il fait une promenade d'environ 20 min. En rentrant, il s'allonge sur le canapé durant environ 40 min. Il mange entre 13h00 et 13h30, le repas est préparé par l'assuré et son épouse et il se repose sur le canapé pendant 1 heure. Il va faire un tour seul pendant une vingtaine de minutes, au retour, il regarde la télévision. Le dîner a lieu vers 18h00. Ensuite, il s'installe sur le canapé, il se couche vers 22h30. Il décrit des difficultés d'endormissement allant jusqu'à 2 heures, voire des insomnies ; s'il s'endort, il décrit 2-3 réveils à cause des douleurs et pour aller aux toilettes.

En ce qui concerne les cauchemars, l'assuré dit qu'occasionnellement il en a, dont le thème est le diable.

Status psychiatrique

L'assuré est venu en voiture, accompagné par un ami, c'est l'assuré qui conduisait. Tenue et hygiène correcte. Discours adéquat, cohérent, l'assuré est collaborant avec l'examineur. Absence de trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation. L'entretien se déroule en présence d'un interprète de langue [...]. Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) et du contenu (idées délirantes). Absence d'attitude écoute ou d'hallucinations auditives. L'assuré ne présente pas une tristesse apparente. Il décrit des réflexions existentielles concernant sa situation socioprofessionnelle. Toutefois, il dit avoir toujours l'espoir que le futur soit meilleur, il a envie de vivre pour ses enfants et de les éduquer. Absence d'idéation suicidaire. Diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, toutefois l'assuré est allé en vacances au [...] au bord de la mer, ce qui lui soulage les douleurs et au [...], aux bains thermaux, aussi pour soulager ses douleurs. L'assuré a une bonne image de soi, il ajoute qu'il a été bien élevé. L'appétit et la libido sont décrits comme étant diminués. Pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien.

Diagnostics

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*
 - aucun sur le plan psychiatrique.
- *sans répercussion sur capacité de travail*
 - trouble panique F41.0

Appréciation du cas

L'anamnèse psychiatrique permet de retenir une symptomatologie dépressive lors d'une hospitalisation en 2004, pour laquelle il a reçu un traitement pharmacologique. Récemment, l'assuré ne peut pas donner des dates, un traitement de Cipralex® a été introduit, traitement qu'il a arrêté, il y a 3 semaines, ne ressentant aucune

amélioration. Malgré l'absence de traitement spécialisé, l'examen psychiatrique au M._____ ne permet de constater une symptomatologie dépressive, psychotique ou anxieuse. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée.

D'après la description donnée par l'assuré lui-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. L'assuré aurait répondu favorablement à un traitement antidépresseur, motif pour lequel une résistance à un traitement conforme aux règles de l'art ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères majeurs de la jurisprudence, voire le cumul des critères mineurs, ne sont pas réunis.

Limitations fonctionnelles

Aucune limitation fonctionnelle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée: 100 % depuis toujours. »

Dans un rapport du 31 janvier 2011, le Dr V._____, médecin chef adjoint du M._____, a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine à fortes charges physiques et de 70% dans une activité adaptée depuis février 2010.

Il résulte du compte rendu d'entretien avec l'assuré dans les locaux de l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le 16 mai 2011, ce qui suit :

« En l'absence de HER, nous accueillons l'assuré suite au rapport SMR statuant sur sa CT. Nous l'informons des conclusions du SMR.

Avis de l'assuré sur les conclusions du SMR : ne comprend pas cette position. Nous informe que sa situation ne s'est pas améliorée. Dit devoir rester couché des fois jusqu'à 10 jours. Dit être également dépressif. Ne suit pas de psychothérapie.

L'assuré imagine comme suit son futur professionnel : ne peut pas travailler plus que 30 minutes. Ne peut pas entreprendre des mesures professionnelles. N'est donc pas intéressé à commencer une orientation ou une AIP.

Pour mémoire, le couple vit de la rente AI de Madame ainsi que des prestations complémentaires versée au couple. Le CSR mentionne le versement de prestations complémentaires depuis le 01.10.2007.

L'assuré est venu à l'office en voiture. Il nous dit pouvoir conduire pendant une demi-heure. En fin d'entretien, l'assuré nous informe qu'il part plusieurs semaines au [...] pendant les vacances scolaires. Il nous dit pouvoir conduire au maximum 1h30 - 2h d'affilée. Il nous dit conduire un [...] pour pouvoir emmener sa famille avec lui.

Suite donnée à l'entretien / propositions :

Malgré ses déclarations concernant sa CT, nous proposons l'assuré une mesure dans un centre tel que l'U._____ pour le préparer à une activité industrielle légère compatible avec ses limitations fonctionnelles. L'assuré nous déclare ne pas pouvoir suivre une telle mesure. Nous l'informons des conséquences de son refus et de la suite qui sera donnée : sommation.

M. O._____ dit comprendre cette démarche mais ne pas pouvoir suivre une telle mesure. »

Le 17 mai 2011, l'OAI a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

« Nous vous avons informé des conséquences de votre refus de participer à une mesure de réadaptation et vous nous avez confirmé avoir compris ces conséquences.

Nous vous laissons un ultime délai de 30 jours pour nous faire part de votre position concernant notre proposition. En cas de refus, ou sans nouvelles de votre part d'ici au 15 juin, nous nous prononcerons sur la base de votre dossier.

Au vu de ce qui précède et à toutes fins utiles, nous vous faisons parvenir ci-joint une copie de la réglementation en vigueur concernant la collaboration que nous sommes en droit d'attendre de nos assurés. »

Le 3 juin 2011, l'assuré a répondu notamment ce qui suit :

« Notre dernière entrevue s'est déroulée en l'absence d'interprète. Lorsqu'on m'a traduit votre courrier, je me suis rendu compte qu'on s'est mal compris.

En effet, je vous ai dit qu'au bout d'environ une demi-heure, mes douleurs deviennent si intenses que je suis obligé de trouver une position pour me soulager/s'allonger ou marcher. Cependant, vous avez compris que ma capacité de travail est limitée à une demi-heure par jour.

D'autre part, je n'ai pas du tout compris votre proposition de mesures de réinsertion effectuer une formation à l' [...].

Je voudrais vous confirmer par la présente, que j'accepte toute mesure de réinsertion que vous me proposerez, en particulier une formation qui tient compte de mon invalidité et qui augmenterait mes chances de trouver un travail adapté. »

Le 14 juillet 2011, le Ministère public du canton de Genève a transmis à l'agence communale d'assurances sociales, à [...], copie d'un extrait du rapport de police du 6 mai 2011 concernant du recel de vélo

volé et de la détention d'autres cycles de provenance douteuse. Il y est mentionné notamment ce qui suit :

« A l'occasion d'une kermesse qui s'est déroulée le 26 mars 2011 au chemin [...] à Genève, une vente de vélos d'occasion a été organisée par l'association des habitants du quartier.

Sur requête du [...], nous avons été dépêchés sur place afin de procéder à des contrôles sur la provenance des cycles.

Notre attention a été particulièrement attirée par un vélo de prêt de l'association "Genève-roule". En effet, il est notoire que ces vélos sont uniquement destinés à la location et ils portent d'ailleurs des sérigraphies très reconnaissables. Ce véhicule a été exposé pour la vente par M. O._____.

Quelle n'a pas été notre surprise d'apprendre que M. O._____ avait mis en vente trente cycles. Les responsables de l'association des habitants du quartier nous ont désigné l'intéressé sur place, lequel nous a déclaré qu'il ne connaissait pas la provenance exacte des vélos qu'il avait mis en vente. Il les récupère dans la rue, les répare au besoin et les revend. S'il ne procède pas ainsi, il achète ses vélos à M. Y._____ et le cycle de "Genève-roule" provenait précisément d'un lot vendu par cet homme.

Les trente vélos ont été saisis à titre provisoire. Le vélo de "Genève-roule" a été restitué. Le représentant de l'association a également déposé une plainte contre inconnu pour le vol. Ce document est annexé. Quant aux autres cycles, ils ont été pris en charge par la fourrière deux-roues.

Entendu le 08.04.2011, M. Y._____ a déclaré revendre des vélos à M. O._____ pour la somme de CHF 23.-/pièce. Il n'a pas précisé le nombre de pièces vendues. Il a prétendu récupérer les vélos dans des débarras et dans des déchetteries du canton de Vaud bimensuellement, le mardi soir. Il n'effectue pas de contrôle pour connaître la provenance des véhicules.

M. O._____ a, quant à lui, été entendu le 06.05.2011. Il a déclaré que sur la trentaine de cycles qu'il a tenté de revendre à la kermesse, 11 ont été achetés à M. Y._____. Il s'agit des numéros 3, 4, 5, 6, 7, 11, 17, 19, 20, 28 et 30 (voir liste annexée). Les autres vélos ont été récupérés dans la rue, le jour de collecte des déchets encombrants. M. O._____ a avoué ne pas s'inquiéter de la provenance des vélos, même lorsqu'un cycle porte une étiquette avec les références du propriétaire, il n'appelle pas le numéro de téléphone inscrit.

M. O._____ a ajouté qu'il vit de l'assistance sociale car il se dit malade et dans l'incapacité de travailler. Il a pourtant reconnu qu'il a gagné une somme minimale de CHF 5'600.- avec cette activité de revente de vélos, Il a avoué ne pas avoir déclaré les sommes perçues auprès des services d'assistance sociale, ni à l'Administration fiscale. Nous laissons le soin aux Autorités fédérales et cantonales compétentes de donner la suite qui convient à ce volet.

Pour les détails il y a lieu de se référer aux deux auditions annexées. Les plaintes de cycles étant souvent enregistrées de manière lacunaire, voire uniquement au niveau local dans le canton de Vaud, il n'a pas été possible d'attribuer formellement des plaintes pour les vélos saisis. A la rédaction de ces lignes, les propriétaires n'ont pas pu être identifiés. »

Etait joint également copie du procès-verbal d'audition de l'assuré par la police et dont il résulte notamment ce qui suit :

« Pour faire suite à vos questions, je vous explique la provenance des vélos que j'ai tenté de vendre le 26.03.2011 à la kermesse de la maison de quartier de [...]. Sur les trente vélos que j'ai amenés à cette vente, 19 ont été achetés à M. Y. _____ pour la somme de CHF 23.-/pièce. Il s'agit des numéros 3, 4, 5, 6, 7, 11, 17, 19, 20, 28 et 30 sur la liste que vous me montrez. Les autres vélos, je les ai récupérés dans la rue, le jour où les gens jettent les déchets encombrants. Je récupère donc ces vélos, je les répare pour les vendre.

Q : Avez-vous vérifié la provenance de ces vélos?

R : J'ai demandé à M. Y. _____ s'il était certain que ces vélos n'étaient pas volés. Il m'a dit que tout était en ordre. J'ai bien vu que certains vélos portaient une étiquette avec des numéros de téléphone. Je n'ai pas cherché à contacter les propriétaires. En ce qui concerne le vélo "Genève Roule", j'ignorais qu'il s'agissait d'un vélo de location.

Cela fait trois ans que je m'adonne à cette activité. J'ai dû déjà vendre près de 40 ou 50 vélos. Le prix moyen de revente est de CHF 140.-. Je suis de bonne foi. Je suis quelqu'un d'honnête. Encore une fois, j'ignorais totalement que cette activité pouvait comporter des risques ou aurait pu enfreindre la loi. J'ai décidé de mettre un terme à cette activité.

Q : Vous avez donc vendu 40 vélos à CHF 140.-. Ceci représente donc une somme totale de CHF 5'600.-. Avez-vous déclaré ce revenu à l'Administration fiscale? Avez-vous avisé les instances d'aide sociale que vous aviez une activité lucrative annexe?

R: Non. Je suis malade. Je ne peux pas travailler. Je ne peux donc pas dire que j'ai une activité annexe. Je pourrais être pénalisé par les aides sociales que je touche et surtout cela risque de créer un problème pour ma demande de mise à l'assurance invalidité qui est en cours.

Q : Suivez-vous un traitement médical particulier ou prenez-vous des médicaments?

R : Non. J'ai des douleurs au dos. J'ai fait une demande à l'Al. »

Le 30 août 2011, l'OAI a adressé à l'assuré une lettre intitulée sommation et dont il résulte notamment ce qui suit :

« Nous avons reçu des renseignements de la part du Centre U. _____ à [...] comme quoi vous n'avez pas donné suite à l'annonce de visite du 27 juin 2011.

L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)).

Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43 al. 3 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA).

Par conséquent :

Nous vous ordonnons de prendre contact avec l'U. _____ à [...] au [...] jusqu'au 19 septembre 2011 au plus tard afin de convenir d'un rendez-vous et de coopérer activement lors de la visite.

Si vous ne vous annoncez pas d'ici à cette date nous prendrons notre décision sur la base de votre dossier. Vous devrez alors vous attendre à ce que votre demande soit rejetée. »

Selon un rapport du 20 septembre 2011 de l'U. _____, l'assuré s'est rendu dans ce centre afin de le visiter. Il résulte en outre de ce rapport notamment ce qui suit :

« Après avoir évoqué des bribes de son histoire personnelle, il a défini son état de santé en péjoration ; les séances de physiothérapie aggravent la souffrance et il doit se rabattre sur les antalgiques et le repos en position horizontale pour atténuer les douleurs. L'activité ne fait qu'accentuer le mal. Néanmoins, il compte essayer de suivre la mesure proposée car à son âge, il ne trouve pas normal de rester à la maison sans rien faire. En outre, il vit en vase clos avec sa famille et ne voit plus ses amis depuis trois ans.

L'assuré s'exprime dans un français approximatif et il ne comprend pas toujours ce qui lui est dit.

Compte tenu de son positionnement volontaire, nous sommes favorables à l'admission de M. O. _____ dans notre Centre afin de lui permettre de trouver une orientation dans le secteur industriel léger et de se préparer à l'activité définie comme adaptée. »

Par communication du 6 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle étaient remplies et que par conséquent, il prenait en charge les frais pour un stage d'orientation professionnelle effectué auprès de l'U. _____ de [...], du 10 octobre 2011 au 15 janvier 2012.

Il résulte d'une note de suivi du 8 novembre 2011 du service de réadaptation de l'OAI notamment ce qui suit :

« Bilan après 4 semaines de mesure

M. O. _____ :

Se sent incapable de réaliser quoi que ce soit

A des douleurs insupportables

Veut bien poursuivre à l'U. _____ pour « essayer »
Ne voit pas ce qu'il peut faire
Souhaite diminuer son taux d'activité au centre

MSP :

Impossible de parler de projet avec M. O. _____

Totalement centré sur ses douleurs

Souvent absent (jamais plus de 2 jours consécutifs, donc sans nécessité de présenter un RM) ou départ prématuré dans la journée.

Taux de présence jusqu'ici : 58%

Si M. O. _____ poursuit ainsi, le stage n'a aucun sens.

Suite donnée à l'entretien / propositions / prochain contact :

Rappelons à l'assuré que le droit à une rente est exclu.

Seules des MOP peuvent lui être proposées et il est donc important qu'il puisse saisir sa chance maintenant, sans quoi nous interrompons toute intervention. Ok pour diminuer son temps de présence à 70% d'un plein temps dans l'économie : 7h30 - 14h15 tous les jours.

Bilan fin novembre. Si l'attitude ne change pas et/ou que ce taux n'est pas tenu sans justification autre que les plaintes actuelles : interruption avec Approche théorique et refus de rente.

Envoyer une sommation résumant ces éléments à l'assuré. »

Le 9 novembre 2011, l'OAI a adressé à l'assuré une lettre dont la teneur est en particulier la suivante :

« A votre demande, nous acceptons la diminution de votre taux d'activité dès ce jour. Notre service médical évaluant votre capacité de travail à 70%, vos horaires se dérouleront du lundi au vendredi, de 7h30 à 12h00 et de 13h00 à 14h15.

Comme rappelé lors de notre dernière rencontre, nous estimons le taux d'activité de 70% parfaitement exigible, en particulier dans l'environnement partiellement protégé du Centre U. _____. Nous attendons donc de vous une collaboration maximale et une présence régulière aux heures demandées.

Nous vous rappelons que votre état de santé justifie la mise en place de mesures professionnelles, mais pas de prestations financières (rente). Par conséquent, si ces objectifs ne sont pas tenus lors de notre prochain bilan (fin novembre) le stage U. _____ sera interrompu, ainsi que toute intervention de notre part.

Au vu de ce qui précède et à toutes fins utiles, nous vous faisons parvenir ci-joint une copie de la réglementation en vigueur concernant la collaboration que nous sommes en droit d'attendre de nos assurés. »

Par lettre du 23 novembre 2011, l'assuré a fait part à l'OAI de ce qui suit :

« Suite aux absences que j'ai ces jours, je vous fais parvenir une explication de ma santé actuelle.

Vendredi 18 novembre 2011 vers minuit j'ai saigné du nez et de la bouche, ce soir-là j'étais faible j'avais des douleurs de dos de la jambe, de nuque et contractions des muscles. Samedi 19 novembre 2011 je suis parti aux urgences vers treize heures et demi car les saignements ne s'arrê[ai]ent pas pour cause de tous les douleurs que j'ai cités, j'étais stressé pour cela ma pression est montée et la veine au niveau du nez a éclaté et j'ai perdu beaucoup de sang du nez de la bouche et des yeux. »

Il a produit un certificat médical établi par le Dr H._____, médecin-assistant ORL au Z._____, attestant d'une incapacité de travail du 19 au 27 novembre 2011, ainsi qu'un autre certificat médical du 24 novembre 2011 établi par le Dr F._____, médecin assistant du même service attestant d'une incapacité de travail du 24 novembre au 4 décembre 2011.

Le 29 novembre 2011, le service de réadaptation de l'OAI a établi un rapport dont la teneur est la suivante :

« Les parcours et la problématique de M. O._____ sont résumés dans nos précédents rapports. Pour rappel, le SMR lui reconnaissant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, nous lui avons proposé une mesure de bilan et orientation professionnelle au sein de la section AIP du centre U._____ de [...].

Un premier bilan réalisé après 4 semaines de mesure a mis en évidence que M. O._____ s'investissait peu, ne tenait pas le taux d'activité prévu, et ne se projetait dans aucune activité professionnelle (note du 8.11.2011). Nous lui avons dès lors proposé une diminution de son taux d'activité (soit 5 heures 45 minutes/jour, correspondant à un 70% dans l'économie), l'avertissant que si ce rythme n'était pas tenu, la mesure serait interrompue fin novembre 2011 (voir sommation du 9.11.2011).

Le 18 novembre, M. O._____ s'est présenté au Z._____ en raison de saignements de nez. L'assistant de garde lui a signé un certificat d'incapacité de travail à 100% du 19 au 27 novembre. Sans revenir sur la justification réelle d'un arrêt de travail de 10 jours pour ce type de problème, nous retiendrons que notre assuré ne s'est pas représenté au Centre U._____ le 28 novembre. Un bilan téléphonique réalisé le 29.11.2011 avec son responsable d'atelier nous a appris que M. O._____ n'était toujours pas revenu, et n'avait donné aucune nouvelle.

Compte tenu de ce qui précède, la mesure en cours a été interrompue au 27.11.2011.

Sur la base de l'ESS 4 (calcul du 27.06.2011), le préjudice économique n'ouvre pas le droit à des prestations financières. »

Dans un projet de décision du 25 janvier 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande. Il a considéré notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis le mois de novembre 2009 (début du délai d'attente d'une année) votre capacité de travail est restreinte.

En effet, dès cette date, vous n'avez plus été en mesure de poursuivre votre activité professionnelle habituelle d'ouvrier d'atelier pour des raisons de santé.

Afin de déterminer la capacité de travail encore exigible dans votre activité habituelle et dans une activité adaptée à votre état de santé, le SMR a décidé de vous convoquer pour un examen clinique rhumatologique qui a eu lieu le 14 septembre 2010 et pour un examen clinique psychiatrique qui a eu lieu le 25 novembre 2010.

Il ressort de ces examens, que votre activité d'ouvrier n'est plus exigible depuis le mois de novembre 2009 en raison de votre état de santé. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tient compte de vos limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est exigible à 70 % depuis le mois de février 2010.

Nous tenons à préciser que les examens cliniques du SMR se basent sur des examens complets, prennent en compte les plaintes exprimées et décrivent clairement le contexte médical. Leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Ces expertises ont dès lors pleine valeur probante.

Afin de vous aider à retrouver une activité adaptée à votre état de santé, nous avons mandaté notre Service de réadaptation professionnelle qui a organisé un stage d'orientation professionnelle auprès de l'U. _____ de [...] du 10 octobre 2011 au 15 janvier 2012.

Nous constatons que durant ce stage vous vous êtes très peu investi faisant preuve d'absentéisme sans réelle justification et de démontrant aucune motivation. C'est la raison pour laquelle les mesures ont été interrompues au 27 novembre 2011.

Nous avons attiré votre attention, à plusieurs reprises, sur les conséquences de votre manque de collaboration par courriers recommandés du 17 mai et du 30 août 2011.

En effet, il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail « fût-ce au prix d'efforts même importants ». Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée.

Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas ; procéder autrement reviendrait à assurer la simple perte de gain, quelle qu'en soit la cause (commodité personnelle, raisons familiales, conjoncture économique, voire le manque de bonne volonté (RCC 1978, 65, 1970, 162).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure

des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008. TA1 niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures : La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.- (CHF 4'806.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.-.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2009 à 2010 (+ 2,9 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'876.- (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations nous avons retenu une diminution de rendement de 30 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 43'313.- dans une activité adaptée à votre état de santé telle que : ouvrier de production dans des entreprises comme [...] ou comme employé d'exploitation dans des entreprises comme [...] ou encore comme préparateur de commandes chez [...].

Sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité habituelle d'ouvrier et votre revenu s'élèverait en 2010 à Fr. 61'876.-.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 1^{er} novembre 2010, votre préjudice économique n'atteint pas 40 % au moins, selon le calcul suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	61'876.00		
avec invalidité	CHF	43'313.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	18'563.00	=	un degré d'invalidité de 30%. »

Le Centre U. _____ a établi un rapport le 9 février 2012 qu'il a conclu comme il suit :

« Commentaires

Après avoir visité notre Atelier, M. O. _____ a surtout évoqué, dans un français approximatif, un état de santé en péjoration, avec des séances de physiothérapie qui ne font qu'aggraver ses maux. Votre assuré dit devoir se rabattre sur les antalgiques et privilégier la position horizontale pour atténuer la douleur. Il ajoute qu'à son âge, il ne trouve pas normal de rester à la maison sans rien faire. Il relate aussi vivre en vase clos avec sa famille depuis trois ans, sans autre réseau social.

M. O. _____ se montre très ralenti et replié sur lui-même. Il est dépendant de nos consignes et semble dénué de toute autonomie. Ses absences sont ponctuées de téléphones ou de courriers de sa fille, qui nous informe des diverses consultations aux urgences du Z. _____. Celles-ci sont certifiées par l'un ou l'autre des médecins-assistants de service. La dernière lettre décrit un épisode d'épistaxis grave avec des saignements associés de la bouche et des yeux.

M. O. _____ n'a, à aucun moment, présenté la moindre motivation, ses préoccupations se centrant essentiellement sur ses problèmes de santé. Dans ces conditions, il n'est évidemment pas question pour l'heure d'amorcer un quelconque projet d'orientation professionnelle.

Remarque(s) et commentaire(s) du stagiaire

Ce rapport est lu à M. O. _____, qui n'a pas de remarque à formuler.

Conclusion et proposition

Lors de son passage dans notre Atelier, votre assuré a oeuvré dans les modules informatique et travaux fins.

En informatique, M. O. _____ met en évidence d'importantes limitations d'assimilation ; malgré les répétitions, il ne parvient pas à mémoriser les consignes et parfois un oubli immédiat des apprentissages de l'activité est constaté.

Lors de l'activité manuelle, il fait preuve d'une bonne dextérité fine et présente des travaux de bonne qualité. Celle-ci évolue lentement, mais progressivement.

La position assise semble lui poser des problèmes, car il n'a jamais su trouver une position favorable lui permettant de tenir sa place au-delà de la demi-heure.

Votre assuré est arrivé dans notre structure avec un doute quant à la possibilité de réaliser son stage à plein temps, mais disait vouloir essayer.

Après dix jours d'activité, nous relevons un faible taux de présence réelle ; avec votre accord, votre assuré effectue la suite de son stage à 70 % dès le 09.11.2011.

Suite à une hospitalisation survenue le 18.11.2011, pour hypertension, nous n'avons plus revu votre assuré au sein de notre AIP.

Visiblement, la santé de M. O. _____ ne lui permet pas de s'imaginer actuellement dans un quelconque projet concret.

Dès lors et comme convenu lors de notre synthèse du 08.11.2011, votre assuré quitte notre Centre avant l'échéance de la mesure octroyée, soit le 27 novembre 2011. »

Le 20 février 2012, l'assuré a fait part à l'OAI des objections suivantes :

« J'ai reçu votre projet de décision de refus concernant ma demande de rente daté du 25 janvier 2012 et j'aimerais apporter les précisions suivantes :

Je suis totalement opposé au passage suivant extrait de ce projet : « nous constatons que durant ce stage vous vous êtes très peu investi faisant preuve d'absentéisme sans réelle justification et ne démontrant aucune motivation. C'est la raison pour laquelle les mesures ont été interrompues au 27 novembre 2011. » Je tiens à vous préciser que ceci ne correspond pas du tout à la réalité. En effet, en dépit des douleurs dont je souffre : à la nuque, au dos, à la cuisse droite sous forme de sciatique allant jusqu'au talon avec une perte de la sensibilité à ce niveau j'ai fait de mon mieux pour me rendre le plus régulièrement possible à mon activité à l'U._____. S'il m'est arrivé de m'absenter, c'était uniquement pour des raisons de santé : à chaque fois que je fournis un effort pendant quelques jours, il s'ensuit l'accentuation de mes douleurs et un blocage au niveau des muscles du dos qui m'empêche de bouger. J'insiste donc pour affirmer tout mon engagement et toute ma bonne volonté durant ce stage. Mes absences sont dues uniquement à mes problèmes de santé, comme l'attestent les certificats médicaux ci-joints.

J'ai commencé mon stage le 10 octobre 2011. Au fil du temps, les douleurs sont devenues de plus en plus intenses. Pour cette raison, je vous ai demandé de diminuer mon taux d'activité à l'U._____, ce que vous avez accepté suite au bilan du 10 novembre 2011 pour 70%. Dix jours plus tard, j'ai été hospitalisé du 19 au 21 novembre 2011. Le Dr F._____ m'a mis en arrêt maladie du 24 novembre 2011 au 4 décembre 2011. Ensuite mon médecin traitant, la Dresse C._____ a prolongé cet arrêt jusqu'au 6 décembre 2011. Le 5 décembre 2011, M. E._____, mon référent à l'U._____, m'a appelé pour m'informer de la fin de la mesure. »

Il a produit un certificat médical établi le 5 décembre 2011 par un médecin de la T._____ attestant d'une incapacité de travail totale du 5 au 6 décembre 2011.

Le 20 avril 2012, l'OAI a répondu notamment ce qui suit :

« Dans votre courrier du 20 février 2012, vous contestez les raisons pour lesquelles la mesure d'orientation professionnelle effectuée à l'U._____ a été interrompue le 27 novembre 2011.

De votre point de vue, vous n'avez pas pu suivre la mesure professionnelle susmentionnée conformément à nos attentes, à savoir à un taux d'activité de 70%, une collaboration maximale et une présence régulière aux heures demandées (cf. notre lettre du 9 novembre 2011) à cause de vos problèmes de santé.

Il ressort toutefois du rapport du 9 février 2012 de l'U._____ que « vous n'avez, à aucun moment, présenté la moindre motivation, vos préoccupations se centrant essentiellement sur vos problèmes de santé. Dans ces conditions, il n'est évidemment pas question

pour l'heure d'amorcer un quelconque projet d'orientation professionnelle ».

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 20 février 2012 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 25 janvier 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé.

Nous vous remettons en annexe une décision identique audit projet contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès du Tribunal cantonal des assurances. »

Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs.

B. Par acte du 11 mai 2012, O. _____ a recouru en concluant que la décision du 20 avril 2012 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants (I), qu'une expertise pluridisciplinaire et psychiatrique auprès du D. _____ à Nyon est ordonnée (II) et, le cas échéant, qu'une rente entière d'invalidité soit allouée au recourant (III). Il soutient en substance qu'il existe des facteurs déterminants qui, par leur intensité et leur consistance, le rendent incapable de fournir des prestations, même dans une activité adaptée, ces critères permettant de fonder un pronostic défavorable étant donné la présence d'une douleur importante par sa gravité, son acuité et sa durée, un processus malade s'étendant sur environ trois ans sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformément aux règles de l'art, cela en dépit de son attitude coopérative. Il allègue en outre avoir tout entrepris afin d'exercer une activité adaptée à ses conditions, mais que cela n'a pas été possible. Il ajoute que lors du stage, les douleurs dont il souffre, l'ont empêché d'effectuer correctement les tâches assignées, qu'actuellement, son état de santé n'a connu aucune amélioration et que la dégradation et l'impossibilité d'exercer une activité, même adaptée à sa situation doivent justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Enfin, il estime qu'en l'absence d'une expertise psychiatrique répondant aux exigences posées par la jurisprudence il est impossible de se prononcer sur l'incapacité de travail que le syndrome douloureux, de même que les autres affections psychiques, seraient éventuellement susceptibles d'entraîner chez le recourant.

Il a produit un certificat médical établi le 4 juin 2012 par le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur est la suivante :

« Je soussigné, certifie que Monsieur O._____, né le 26.11.1968 est suivi à ma consultation.

M. O._____ souffre d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen.

Bien qu'il soit d'intensité moyenne, son association à des lombosciatalgies droites en lien avec un syndrome lombo-vertébral récidivant sur un rétrécissement du canal lombaire de L3 à L5 et hernie discale L5 à S1, augmente son retentissement sur le fonctionnement du patient et sur ses activités. Ainsi, sa capacité de travail est réduite. La fatigue rapide et non soulagée par le repos, l'humeur déprimée, le sentiment de désespoir, le sentiment de dévalorisation ainsi que celui de culpabilité, ont une influence négative sur sa capacité de travail ; et l'on pourrait estimer sa capacité de travail résiduelle, en tenant compte des comorbidités somatiques, à 50%. Un taux d'activité plus élevé l'exposerait à un stress supplémentaire et à un risque d'aggravation de son trouble dépressif. Cependant, le maintien d'un taux d'activité est indispensable à la structuration des journées du patient et à son estime de soi. »

Par lettre du 25 juin 2012, l'OAI a requis un complément d'instruction sous la forme d'une interpellation du Dr K._____. Il a en outre allégué ne pas suivre l'avis du 27 juin 2012 des Drs Q._____ et V._____ du SMR produit en annexe à sa réponse du 4 juillet 2012 et selon lequel, après avoir revu le dossier avec le Dr I._____, ils étaient d'accord pour pratiquer une expertise psychiatrique.

C. Invité à répondre à un questionnaire, le Dr K._____ a répondu, en date du 1^{er} octobre 2013, comme il suit :

« 1. Appréciation du cas et pronostic :

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, en Suisse depuis 1993, qui présente des lombosciatalgies droites chroniques récidivantes sur un rétrécissement du canal lombaire de L3 à L5 et hernie discale L5 à S1, une hépatite B chronique active, une HTA traitée, un syndrome de résistance des voies aériennes supérieures et un status post thyroïdite de De Quervain.

Sur le plan psychiatrique, le patient souffre d'une symptomatologie anxio-dépressive récurrente évoluant depuis quelques années.

Le début remonte à 2004, suite à une hospitalisation de 3 semaines à l'hôpital Nestlé par une tristesse, un manque d'intérêt et du plaisir, des troubles du sommeil avec insomnie et une anxiété. Cette

symptomatologie a évolué de façon fluctuante par la suite. En 2006, on assiste à une nouvelle péjoration de l'état dépressif. Le patient a reçu un traitement antidépresseur (Fluctine) qui a dû être arrêté en raison d'effets secondaires.

En 2008, et à la demande du médecin traitant à la T._____, le patient a été évalué par le Dr N._____, au service de psychiatrie de liaison. Ce dernier a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode moyen. Il a préconisé un traitement de Citalopram, arrêté ultérieurement en raison d'effets secondaires et d'un effet antidépresseur insuffisant.

Un autre antidépresseur, le Cipralex®, prescrit par le médecin traitant à la T._____, a été rapidement arrêté, également en raison d'effets secondaires. Il est à noter que cet état dépressif n'a pas empêché le patient de continuer à travailler, avec toutefois des périodes d'arrêt de longueur variable.

Depuis 2008, le patient n'a plus exercé d'activité professionnelle en raison de ses problèmes de santé. Actuellement, le tableau clinique est dominé, outre les douleurs dorsales, par une fatigue importante et quasi permanente, une humeur déprimée et une perte de l'intérêt et du plaisir dans ses activités ainsi que par des angoisses.

L'évolution, comme susmentionné, a été jusqu'à présent fluctuante, avec une péjoration concomitante à l'accentuation des douleurs ainsi que pendant l'hiver.

Le pronostic du trouble dépressif dépend en général de l'intensité des épisodes dépressifs ainsi que de la comorbidité. Dans le cas de M. O._____, il s'agit souvent d'épisodes d'intensité moyenne, ce qui est en faveur d'un bon pronostic. En revanche, l'association à des problèmes somatiques multiples, notamment la hernie discale, l'hépatite B chronique active, l'HTA et le syndrome de résistance des voies aériennes supérieures sont des éléments de mauvais pronostic.

2. Limitations (qualitative et quantitative) en relation avec les troubles constatés au plan physique, psychique, mental et social :

Je me limite dans cette appréciation aux aspects psychique et social. L'aspect physique est du ressort des médecins somaticiens. Il est à rappeler que dans leur rapport médical du 3.5.2010, les Dresses S._____ et P._____ respectivement cheffe de clinique et médecin assistante à la T._____, ont conclu à une capacité de travail de 0%.

Quatre aspects vont être considérés :

- Les activités de la vie quotidienne : qui sont effectuées avec difficulté vu le manque d'énergie, la fatigue importante et le manque d'intérêt et du plaisir.
- Le fonctionnement social qui est altéré avec une nette diminution des contacts sociaux et une tendance du patient à l'isolement. Le patient est la plupart du temps confiné chez lui.
- La diminution de la capacité à penser et à se concentrer (patient facilement distrait, les troubles de mémoire), la difficulté à prendre des décisions entraînent une baisse de performance et de persévérance aux activités. Ceci a été plus observable au travail ou lors du stage à l'U._____. Le sentiment d'inutilité, d'impuissance, l'apathie, le manque de motivation et les ruminations excessives entraînent une baisse de l'activité et de la productivité.

- La détérioration de l'état psychique du patient au travail ou en milieu analogue. Ceci a été le cas soit lors de l'activité professionnelle, soit lors du stage à l'U._____. Ceci peut s'expliquer par une sensibilité accrue au stress.

3. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

- Ces troubles entraînent une réduction de cette activité qui n'a pu être maintenue.

4. Description précise de la capacité résiduelle de travail :

- On pourrait estimer cette capacité à 50%. Le patient pourrait faire par exemple une activité professionnelle de 2 heures le matin et de 2 heures l'après-midi.

5. L'activité exercée jusqu'ici est elle encore exigible?

- Oui.

Si oui, dans quelle mesure?

- Dans le pourcentage indiqué et la répartition proposée, tout en tenant compte également des autres restrictions physiques liées aux lombosciatalgies/exclusion de tâches où le patient doit soulever de lourdes charges.

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

- Oui. Il y a une diminution du rendement. Le patient est incapable d'accomplir des tâches de façon continue au-delà de 2h et plus d'un mi-temps.

6. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis 2004.

7. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles encore envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation.

- Oui, à condition de tenir compte dans ces mesures de l'état psychique du patient et de la comorbidité somatique. Quant à un plan de réadaptation, je ne suis pas en mesure de vous l'indiquer. Il faudrait voir avec des programmes spécifiques / RESSORT à l'unité de réhabilitation à [...] ou avec l'office de l'assurance invalidité.

8. D'autres activités sont elles encore exigibles de la part de l'assuré ? Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

- Oui. Ces activités doivent tenir compte du taux d'occupation ne dépassant pas le 50%, de temps de travail, divisé en deux parties pour permettre au patient de récupérer dans la journée ainsi que des restrictions en lien avec les lombosciatalgies. »

Le Dr K._____ a complété son rapport, le 23 décembre 2013, en indiquant que le début de la maladie remontait à début 2004 et qu'en conséquence le diagnostic de trouble dépressif récurrent pouvait être considéré comme valable depuis 2004.

Dans son écriture du 28 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant notamment, que dès lors que le Dr K._____ avait fait savoir qu'en termes de capacité de travail la situation était stable depuis 2008 (rapport du 1^{er} octobre 2013), l'état de fait que le Dr I._____ avait eu à apprécier lors de l'examen clinique du 25 novembre 2010, était fondamentalement le même que celui auquel le Dr K._____ se référait, qu'il s'agissait de deux appréciations différentes d'une même situation de fait et que le point de vue du Dr I._____ devait se voir reconnaître, en application des règles jurisprudentielles en la matière, une valeur probante supérieure.

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. 56 et 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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable 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 a LPA-VD).

b) Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 précité consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF 1562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 ; TF 9C_1023 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports

établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de meure en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) Selon l'art. 43 LPG, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C 364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n°33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf arrêt du 28 juin 2011 dans la cause 9C_243 /2010 ; ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 no 22. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible

lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire ne s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. a) Sur le plan psychique, le Dr I._____, dans son rapport du 22 décembre 2010, a exposé que le recourant décrivait des attaques de panique une fois tous les deux mois, mais qu'il n'y avait pas eu de symptomatologie anxieuse type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien. Le seul diagnostic qu'il a posé est toutefois celui de trouble panique sans influence sur la capacité de travail. Alors que le Dr B._____, comme d'ailleurs les autres médecins qui ont examiné le recourant, ont constaté des signes comportementaux, le Dr I._____ n'a pas posé le diagnostic de trouble somatoforme, ni expliqué les motifs d'ordre médical pour lesquels il ne retenait pas ce diagnostic. En revanche, il a examiné les critères posés par la jurisprudence en se référant à celle-ci. Or ces critères ne doivent être examinés que si le diagnostic de trouble somatoforme est posé.

Ce rapport apparaîtrait ainsi incomplet et contradictoire.

Quant aux rapports du Dr K._____, le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen est insuffisamment documenté. Il ne résulte notamment pas de ses rapports que le recourant aurait été régulièrement suivi par un spécialiste. On sait uniquement qu'un tel diagnostic a été posé en 2008 et que le recourant a été traité par médicaments, mais on ignore la posologie et la durée de chaque traitement, lesquels auraient été interrompus à cause d'effets secondaires. En outre, dans son appréciation de l'incapacité de travail, ce praticien explique que c'est en tenant compte des problèmes somatiques du recourant qu'il retient un taux de 50%.

Le dossier est ainsi insuffisant sur le plan psychiatrique pour statuer en pleine connaissance de cause.

b) Sur le plan somatique, les conclusions du Dr B. _____ dans son rapport du 14 septembre 2010 ne sont mises en cause par aucun autre rapport médical. Ce rapport qui souscrit aux réquisits de la jurisprudence a valeur probante et doit être suivi.

c) Au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan psychiatrique, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. En outre, l'état de santé du recourant n'a pas été examiné dans sa globalité et les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire en application de l'art. 44 LPGA. Une telle expertise, qui portera donc également sur les problèmes somatiques du recourant, permettra notamment non seulement de tenir compte de l'évolution de ces troubles depuis l'examen du Dr B. _____, mais aussi d'une évaluation globale de l'état de santé du recourant et ses conséquences sur la capacité de travail.

5. En conséquence, le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 20 avril 2012, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour des assurances sociales est soumise à des frais

judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Les frais d'arrêt, par 400 fr. doivent être mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Enfin, le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III. L'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant le montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Un émolument judiciaire arrêté à 400 fr. (quatre cent francs) est mis à la charge de l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- L. _____ pour (O. _____),
- Office d'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).

La greffière :