

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2015

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant, représenté par Me Marc-Antoine Aubert,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 6, 7, 8 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1965, en Suisse depuis 1989, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 7 juin 2002, sollicitant l'octroi d'un reclassement professionnel, subsidiairement d'une rente. Au bénéfice d'une formation de serrurier apprise « sur le tas » dans son pays d'origine, l'assuré a travaillé en Suisse comme aide rotativiste au W._____ SA dès novembre 1990, avant d'être licencié au 31 mars 2002 en raison de ses fréquentes absences maladie. A l'appui du licenciement, l'employeur a relevé qu'il n'était pas possible de lui trouver un poste sans port de charges ni sollicitations du dos, tel que formulé par le médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale. Selon le questionnaire établi le 16 juillet 2002, l'employeur a annoncé un salaire mensuel de l'assuré se chiffrant à 4'714 fr. (servi treize fois l'an) pour l'année 2002.

Dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré a fait état de problèmes de dos, particulièrement de la colonne vertébrale, et de troubles dépressifs existant depuis octobre 2000. Dans un rapport du 8 juillet 2002 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr R._____ a exposé que l'assuré présentait depuis 2000 des douleurs para-vertébrales lombaires d'origine inconnue, un canal lombaire étroit révélé par une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) en mars 2001, la situation se péjorant avec l'installation d'un état dépressif. L'incapacité de travail était totale depuis octobre 2000, avec toutefois des reprises d'activité à un taux réduit entre novembre 2000 et septembre 2001. Dans un rapport du 27 janvier 2003, le Dr R._____ a indiqué que l'atteinte psychologique empêchait pour le moment une éventuelle reprise d'un travail léger, même à temps partiel.

Interpellé par l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis janvier 2003, a posé le

diagnostic de trouble somatoforme douloureux, justifié par des lombosciatalgies au centre du tableau clinique, une altération du fonctionnement socio-professionnel, l'importance du facteur psychologique, l'aspect non-volontaire et l'absence d'autres troubles psychiatriques constitués. Dans son rapport du 1^{er} septembre 2003, il mentionnait une capacité professionnelle probablement nulle dans un contexte « normal » et pour des raisons psychiques ; dans un milieu adapté, il était possible que l'assuré puisse gérer ses douleurs d'une façon qui permettrait l'exercice d'une activité professionnelle.

Le 29 juin 2004, un examen clinique bidisciplinaire a été réalisé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 20 juillet suivant, les Dresses Y._____, spécialiste en médecine interne générale, et A._____, psychiatre, ont posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques non-déficitaires dans le cadre d'un léger trouble de la statique rachidienne, un status post-maladie de Scheuermann dorso-lombaire, un canal lombaire étroit modéré L3 à S1, relâchements discaux L3-L4 sans hernie discale significative et une dysbalance musculaire, ainsi que de cervicobrachialgies droites dans le cadre d'un discret trouble de la statique rachidienne, d'une hernie discale C5-C6 paramédiane gauche luxée vers le haut et le bas non déficitaire et de lésions dégénératives mineures avec rétrécissement du canal rachidien C5-C7 discret. Sous l'intitulé « Appréciation consensuelle du cas », les Dresses Y._____ et A._____ se sont prononcées notamment comme suit :

« Sur le plan somatique, ce jeune assuré présente depuis 1998 des lombosciatalgies D dans le cadre d'un léger trouble de la statique, des séquelles d'une maladie de Scheuermann dorsolombaire étendue, un rétrécissement modéré du canal lombaire de L3 à S1 à prédominance congénitale mais également avec une légère composante d'hyperthrophie des articulations postérieures. Lors de l'examen clinique on découvre en effet une bascule du bassin à G avec une légère scoliose en S correspondante ainsi qu'une insuffisance posturale moyenne. La mobilité active du rachis est très réduite, le déroulement est harmonieux, la mobilisation passive est douloureuse dans toutes les directions, ressenties au niveau para-lombaire D, et se heurte à une résistance musculaire active. L'assuré se plaint également de brachialgies avec fourmillements, s'améliorant après une cure de neuropathie cubitale D sans disparaître complètement. La hernie discale C5-C6 para-médiane G

découvert[e] en novembre 2002 ne correspond pas à ces troubles, il n'y a pas de déficit neurologique. Si la mobilité cervicale est très restreinte lors de l'examen, l'assuré arrive, en décubitus dorsal, à tourner complètement sa tête, sans notion d'hésitation ni de douleurs et il en va de même lors de mouvements spontanés en cours d'entretien.

S'il y a indéniablement des lésions structurelles de la colonne rachidienne, elles ne correspondent pas entièrement avec les plaintes avancées par l'assuré, qui décrit des douleurs au niveau para-vertébral D en relation avec chaque mouvement, même lors de la mobilisation de la rotule, des poignets et des pieds. Le test de Lasègue est positif à 30° à D et 45° à G, la position assise avec 90° de flexion de hanche et les genoux tendus, est par contre supportée sans aucun signe d'inconfort ou de douleurs. On trouve une dys-/hyposensibilité de l'hémicorps D ainsi qu'une rotation globale et une compression axiale douloureuse, toujours au niveau du bas du dos à D. Tous ces signes évoquent une nette amplification des symptômes, l'assuré est centré sur sa douleur lombaire et évite tout ce qui pourrait la provoquer. Objectivement, il n'y a donc pas de raisons médicales pour une incapacité de travail, même partielle, tout au plus quelques limitations fonctionnelles en relation [avec] les légers troubles de la statique rachidienne et la présence d'une hernie discale cervicale. On peut, en plus, raisonnablement exiger de ce jeune patient, qu'il fasse un effort pour se reconditionner et de se réinsérer dans une activité professionnelle.

Limitations fonctionnelles : éviter une position prolongée en rotation-flexion ou porte-à-faux du tronc ainsi qu'en rotation-extension maximale de la colonne cervicale. Le port de charges est limité à 15 kg et à 20 kg occasionnellement. Il serait préférable que M. C. _____ puisse changer régulièrement la position.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Mai 2001.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assuré n'a pas repris le travail depuis lors.

Début des mesures professionnelles : depuis mai 2001.

Concernant la capacité de travail exigible : L'attitude d'évitement qu'a adopté ce jeune assuré a amené à un certain déconditionnement, ce qui peut être corrigé par des mesures ciblées de reconditionnement. Néanmoins, il faut admettre que le travail comme serrurier ou comme aide-rotativiste est probablement un peu trop lourd et s'effectue surtout dans des positions trop vicieuses pour l'atteinte objective de la colonne rachidienne. Une activité plus légère, respectant les limitations fonctionnelles est exigible à 100% et ceci sans délai. Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu et la capacité de travail exigible est entière.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 0% depuis mai 2001

Dans une activité adaptée : 100% »

Le Service de réadaptation de l'OAI a décidé la mise en œuvre d'un stage d'évaluation et d'orientation au Centre d'intégration professionnelle de [...], aux fins de définir une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Le stage a débuté le 19 décembre 2005 et pris fin le 26 mars 2006. Le 31 mars suivant, le responsable réadaptation professionnelle a remis son rapport à l'OAI, auquel était joint un document intitulé « synthèse » à la teneur suivante :

« Le rapport d'observation professionnelle ci-joint conclut à la possibilité de réadapter M. C. _____ dans une activité ne nécessitant pas une forte sollicitation du membre supérieur droit, la position assise convenant mieux que la position de debout.

Dans ces conditions, une activité à plein temps et plein rendement est envisageable dans le circuit économique normal comme soudeur (soudure légère), opérateur sur machine (CNC petite à moyenne) ou encore dans une imprimerie de type artisanale.

Cela dit, l'ensemble du rapport fourni en annexe tend à décrire que l'assuré ne s'est pas pleinement engagé dans cette mesure d'observation en adoptant soit une attitude réservée dans les activités soit en attirant l'attention de manière ostensible.

Un essai de stage dans la soudure, qu'il a pratiquée par le passé, a été interrompu après un jour seulement sur certificat médical, d'abord pour une période de 10 jours, suivi encore d'un autre certificat médical de plus longue durée.

Pour notre part, l'assuré étant en arrêt maladie nous ne pouvons pas poursuivre notre travail d'orientation et nous vous proposons donc de statuer sur dossier.

Arrivé au terme de la mesure et en accord avec l'OAI, nous sortons M. C. _____ de nos effectifs en date du 26 mars 2006. »

Par décision du 18 janvier 2007, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et aux mesures de réadaptation professionnelle. Malgré la présence d'une atteinte somatique (lombalgies chroniques et cervicobrachialgies droites), il a considéré, sur la base de l'examen du SMR et du stage d'observation, que l'intéressé conservait la capacité d'exercer une activité adaptée à plein temps. Vu la comparaison faite entre ses revenus avant la survenance de l'atteinte à la santé, soit 61'282 fr. (4'714 fr. x 13 ; cf. questionnaire employeur du 16 juillet 2002), et après, soit 51'307 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2002, TA1 ; niveau de qualification 4), l'assuré subissait un préjudice

économique de 16.27%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente ou aux mesures de reclassement professionnel.

Par arrêt du 24 janvier 2008 (AI 68/07 - 16/2008), le Tribunal des assurances a admis le recours formé par C._____, annulé la décision de l'OAI du 18 janvier 2007 et renvoyé la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, pour le seul motif formel que la décision attaquée se fondait sur un examen bidisciplinaire du SMR dont le volet psychiatrique avait été établi par la Dresse A._____, laquelle se prévalait à l'époque du titre de psychiatre FMH sans être au bénéfice de ce titre ni d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal vaudois. Cette irrégularité d'ordre formel liée à la personne de la Dresse A._____ entachait dès lors la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'OAI.

B. L'OAI a repris l'instruction du dossier et convoqué l'assuré à une expertise auprès du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 18 août 2008. Dans son rapport rédigé le 18 octobre suivant, le Dr S._____ n'a retenu aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique à la santé, affectant ou non la capacité de travail. Il indiquait notamment ce qui suit :

« Lors de notre examen, une tonalité colérique était assez présente, l'assuré pouvait par moments être assez explosif, irritable et nerveux. Nous estimons cependant que ceci n'a rien à voir avec un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme. Ces éléments font partie du caractère et du fonctionnement basique de l'assuré, mais qui est, de l'autre côté, tout à fait capable à s'adapter, à collaborer et à trouver aussi le bon ton. Par ailleurs, aucun élément de son passé, dans sa biographie ou dans son fonctionnement sociale ne permet de retenir des éléments significatifs en faveur d'un trouble de la personnalité. De ce fait, il nous paraît faux de vouloir « pathologiser » le fonctionnement de l'assuré.

Des éléments psychiques-psychiatriques apparaissent assez vite dans le dossier, ceci dans le contexte de « surcharge » mentionnée et avec aussi l'étiquette de « dépression » ou « déprime ». Les descriptions cliniques révèlent effectivement l'image d'un homme qui pourrait être par moments affecté par son sort, la diminution de ses capacités, mais aussi des états qui n'ont ni la longueur ni

l'intensité pour un véritable état dépressif. Par ailleurs, les tentatives de traitement par antidépresseurs n'ont été que partiellement suivies et finalement, clairement abandonnées. Aujourd'hui, l'assuré ne prend plus aucun médicament à part les substances antalgiques. Les mêmes observations s'appliquent pour les suivis psychiatriques. L'assuré a fait ici quelques approches, mais finalement aussi abandonnées. Depuis 2006, il n'y a plus aucun suivi spécifique. Les psychiatres de l'époque ne se sont ou bien pas prononcé, ou bien peu, ou bien (Dr D. _____) en faveur de la présence d'un état douloureux somatoforme sans comorbidité psychiatrique.

Après notre examen, nous confirmons cette vision des choses. Nous avons rencontré un assuré plutôt dynamique, tonique, souriant par moments, dans l'ensemble euthymique, sans aucun signe psychopathologique majeur. Nos observations ainsi que le tableau psychopathologique systématique en est témoin.

Par contre, une partie de la souffrance physique nous semblait authentique et nous avons perçu un petit « retour en arrière » de l'assuré, ceci dans le sens qu'il aurait finalement souhaité réellement faire un apprentissage de soudure sur aluminium. On trouve cette proposition dans les rapports de l'atelier « OSER », mais à l'époque l'assuré était décrit comme très ambivalent par rapport à toutes les propositions, d'ailleurs par moments aussi hautain ou non collaborant. Il est possible qu'il ait fait entre temps un certain « chemin de conscience » et qu'il regrette peut-être un peu (dans son for intérieur) de ne pas avoir suffisamment saisi la change de formation à l'époque. Si vraiment son désir est authentique, il trouvera certainement un chemin pour le manifester.

A part cela, nous ne pouvons que peu contribuer à la situation. Il y a clairement absence d'une comorbidité psychiatrique. De ce fait, la question de la présence ou non d'un état douloureux somatoforme est très relative. Comme une des caractéristiques centrale de ce diagnostic est la plainte douloureuse, on pourrait penser de l'appliquer. Les critères usuellement appliqués sont les suivants :

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4)

Diagnostic de base selon les critères de la CIM-10, édités par l'OMS

CRITÈRE	OBSERVATIONS pour la personne en question
A 1 : La douleur est la plainte principale (douleur intense et persistante)	La douleur est passablement au centre
A 2 : Sentiment de détresse	Partiellement, mais assuré surtout révolté
A 3 : Contexte de conflits émotionnels et problèmes psychosociaux importants	Non, sauf conflictualité
A 4 : La douleur est médicalement inexplicée (ou non expliquée entièrement par processus physiologique connu)	Oui, en grande partie, selon les spécialistes
A 5 : Valeur relationnelle et sociale de la douleur (assure aide et sollicitude de l'entourage et des médecins)	Possible
B 1 : Exclusion : schizophrénie, trouble de l'humeur, autre trouble somatoforme	Pas de présence de trouble concomitant
Conclusions : Il n'y a pas d'évidence pour établir ce diagnostic	

Pour ce qui concerne un éventuel aspect invalidant du syndrome douloureux, les critères sont les suivants :

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), critères

Selon les critères du Tribunal Fédéral des Assurances pour déterminer la présence d'un trouble somatoforme à valeur invalidante, éléments de l'OMS et expérience clinique

CRITERE	OBSERVATIONS pour la personne en question
1. Comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée) ?	Non
2. Affection corporelle chronique (en dehors TSD, sans rémission durable) ?	Non selon les spécialistes
3. Perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie) ?	Non
4. Etat psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique) ?	Non
5. Processus défectueux de résolution de conflit ?	Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier
6. Echec de traitements conformes aux règles de l'art ?	Les traitements n'ont pas eu effet sur les douleurs
7. Attitude coopérative de la personne (effort et motivation) ?	Difficile à juger
8. Divergences entre symptômes décrits et comportement observé ?	Partiellement
9. Caractéristique des douleurs vague ou différenciée ?	Globalisé
10. Efforts thérapeutiques validés ou invalidés ?	Plutôt invalidés
11. Collaboration, compliance de la personne ?	Non testée
12. Conflits émotionnels importants ?	Non
13. Facteurs psychosociaux et culturels dominants ?	Probablement
14. Appréciation actuelle dans situation conflictuelle ?	Oui, très conflictuelle
Pondération, conclusions :	Après pondération absence d'aspect invalidant

Il nous paraît finalement inutile et non approprié d'utiliser ce terme diagnostique.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments traités ainsi que nos analyses effectuées, nous ne retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

- **aucun diagnostic.**

Par conséquent, il ne découle, toujours uniquement pour notre domaine, aucune incapacité de travail, ni de diminution de rendement.

Les côtés nerveux et explosifs de l'assuré pourraient potentiellement être améliorés avec par exemple l'application de quelques calmants et d'autres médicaments, à n'utiliser qu'occasionnellement. Il existe ici une large panoplie de possibilités. »

Par avis du 11 novembre 2008, le Dr N. _____ du SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr S. _____, considérant que la capacité de travail de l'assuré était inchangée depuis la décision du 18 janvier 2007.

Le 17 novembre 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité. Il relevait que la capacité de travail entière reconnue par le Dr S. _____ au plan psychiatrique conduisait au maintien des termes de sa précédente décision, savoir une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-rotativiste en raison de ses lombosciatalgies chroniques, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et un préjudice économique estimé à 16.27%.

L'assuré a contesté le projet de décision par courrier du 10 décembre 2008, mentionnant la réalisation, en janvier 2009, de nouveaux examens sur le plan rhumatologique. Il alléguait en outre présenter des limitations fonctionnelles qui justifiaient - ce que devaient confirmer les nouveaux examens - un abattement supérieur de 10% sur le salaire statistique (revenu d'invalidé), pouvant de ce fait conduire à un degré d'invalidité supérieur à 20% et, corollairement, à l'examen du droit aux mesures de reclassement professionnel.

Dans un rapport du 4 mars 2009, le Dr V. _____, spécialiste en rhumatologie, a fait le constat, au plan ostéoarticulaire, d'un syndrome vertébral lombaire. L'assuré souffrait d'un canal rétréci en L3-L4 probablement décompensé par une importante protrusion discale légèrement compressive à l'émergence des racines L4 mais surtout du côté droit. En outre, d'une comparaison entre l'IRM lombaire et dorsale basse de 2001 avec celle du 10 février 2009, il apparaissait déjà un canal lombaire étroit modéré de L3-S1 avec une hypertrophie des articulations postérieures mais il n'y avait pas de protrusion discale telle que décrite actuellement en L3-L4. S'agissant des articulations périphériques, il notait une abduction douloureuse de l'épaule droite lui faisant suspecter une atteinte de la coiffe des rotateurs avec limitation dans cette amplitude à 130° à droite et non limitée à gauche.

Dans un rapport du 23 mars 2009, le Dr W. _____, spécialiste en neurologie, a mentionné la présence de lombalgies et cruralgies droites entrant dans le cadre d'une probable neurogène avec, à l'examen

clinique, des signes radiculaires irritatifs et déficitaires plutôt L4 droits, surtout sur le plan des réflexes et avec peut-être une minime parésie proximale au niveau du quadriceps objectivée uniquement lors du test du tabouret. A l'électromyogramme (EMG) de détection du membre inférieur droit, il existait clairement des signes neurogènes aigus en quantité modérée au niveau du vaste externe droit avec également des signes neurogènes chroniques avec réinnervation. Selon le Dr W._____, les différents troubles pouvaient nécessiter le concours d'un neurochirurgien.

Dans un courrier du 31 mars 2009 adressé à la consultation de neurochirurgie du T._____, le Dr R._____ a mentionné un long suivi médical depuis 2000 pour des cervicobrachialgies droites et déjà des lombalgies sur canal lombaire étroit congénital, ayant amené le patient à un arrêt de ses activités professionnelles. Celui-ci se plaignait depuis l'été 2008 de lombocruralgies droites pour lequel un traitement antalgique avait été suivi par un syndrome hyperalgique. Actuellement, le patient souffrait de douleurs lombaires avec irradiation douloureuse sur la face antérieure de la cuisse droite, avec lâchages de la jambe droite occasionnels. Le bilan radiologique de février concluait à un canal rétréci L3-L4 décompensé par une protrusion discale importante compressive au niveau de la racine L4 droite et l'EMG du mois de mars montrait des signes neurogènes aigus et chroniques.

Le Prof. L._____ et le Dr J._____, chef de service respectivement chef de clinique adjoint au T._____ de neurochirurgie, ont reçu l'assuré en consultation le 21 avril 2009. Dans leur rapport du 24 avril suivant, ils ont fait état d'un assuré souffrant, dans le cadre de lombocruralgies chroniques, de lâchages du membre inférieur droit et d'une claudication neurogène pouvant être mis en relation avec le canal lombaire constitutivement étroit en L3-L4, probablement décompensé par une protrusion discale à ce niveau-là. Ils notaient également sur l'IRM du 10 février 2009 une empreinte discale au niveau foraminaux L3 à droite corrélant bien avec la clinique et, dans ce contexte, compte tenu de l'aspect douloureux chronique sans évolution neurologique nette, une

sanction chirurgicale paraissait être l'ultime mesure thérapeutique à prendre, avec des infiltrations épidurales dans l'intervalle.

Par avis du 26 octobre 2009, le Dr G. _____ du SMR a considéré que les rapports médicaux faisaient état de faits nouveaux sur le plan somatique depuis l'examen de 2004, soit une claudication neurogène, un canal lombaire étroit avec protrusion discale légèrement compressive, des phénomènes de lâchage du genou droit et une hypotrophie de la cuisse droite, de sorte que la mise en œuvre d'un nouvel examen rhumatologique se justifiait.

L'assuré a été convoqué le 16 novembre 2009 au SMR pour un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 24 décembre 2009, la Dresse Y. _____ a posé les diagnostics suivants :

« - avec répercussion sur la capacité de travail

- Lombosciatalgies D dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif avec discopathies protrusives surtout au niveau L3-L4 et L4-L5 dans le contexte d'un canal légèrement rétréci de façon constitutionnelle, au niveau L3-L4 également pour arthrose postérieure sans compression franche, ancienne maladie de Scheuermann ; dysbalances musculaires étagées. M51.3/M42.0
- Scapulo-brachialgies D avec limitations fonctionnelles probablement dans le cadre de modifications dégénératives cervicales avec hernie discale C5-C6 gauche et protrusion C6-C7 à prédominance droite ; dysbalances musculaires. M50.2

- sans répercussion sur la capacité de travail

- Excès pondéral (BMI 28).
- Majoration des plaintes.
- Status post-opération d'une épicondylite D. »

Sous l'intitulé « Appréciation du cas », elle s'est exprimée notamment comme suit :

« Ce jeune assuré est donc connu pour des lombalgies de longue date dans le contexte d'un trouble statique et d'un canal lombaire constitutionnellement étroit, associé à des modifications dégénératives débutantes à modérées, compliquées depuis 2 ans

par des sciatalgies D avec phénomène de claudication. Il se plaint en plus de brachialgies D (auparavant de cervico-brachialgies D) ainsi que de fatigue et de déprime. Lors de l'examen bi-disciplinaire au SMR en date du 29.06.2004, on a conclu à une incapacité de travail dans toute activité lourde et dans des positions vicieuses mais à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Ceci est confirmée par le stage d'observation, mais la réinsertion professionnelle ne réussit pas, l'assuré annonçant une aggravation de son état de santé.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de 44 ans, en état général conservé, présentant un excès pondéral avec un BMI à 28. Logorrhéique et souriant pendant l'entretien, il grimace et soupire souvent pendant l'examen clinique. Le status de médecine interne générale est dans les limites de la norme, la palpation de l'abdomen provoque des douleurs lombaires.

L'examen ostéo-articulaire est difficile à réaliser, étant donné que l'assuré déclare des douleurs intenses, un manque de force et demande à plusieurs reprises de pouvoir s'asseoir ou de s'appuyer contre le mur. On observe une tendance à pencher la tête contre la gauche et de décharger le pied droit ; il n'y a pas de scoliose cliniquement significative. La mobilité cervico-dorsale est dans les limites de la norme mais l'assuré ne bouge que très précautionneusement lorsqu'il tourne la tête vers la droite. Au niveau lombaire, tous les mouvements font mal, l'extension est arrêtée à 10°, il y a une asymétrie de l'inclinaison latérale en défaveur de la droite. La distance doigts-sol est de 45 cm, la distance doigts-orteils en position assise de 15 cm, l'index de Scheber de 30/31 cm, respectivement 10/12,5 cm. Tous ces tests sont accompagnés de manifestations douloureuses verbales et mimiques. La musculature cervico-scapulaire est quelque peu tendue à gauche et au niveau lombaire à droite. Il y a des douleurs étendues à la palpation des apophyses épineuses dorso-lombaires ; la palpation du sacrum, de la musculature du tronc et de la cage thoracique basse provoque des douleurs lombaires à droite.

Aux membres supérieurs, on note une diminution de la mobilité active des épaules, un peu plus marquée à droite en raison des douleurs du bras droit, de l'épaule et de l'omoplate, douleurs qui se retrouvent lors de tous les tests à la recherche d'une lésion de la coiffe des rotateurs. Il n'y a pas de signes cliniques évidents pour une lésion de la coiffe des rotateurs, une capsulite rétractile ou pour une atteinte inflammatoire ou dégénérative.

La mobilité passive des articulations des membres inférieurs est bonne, tous les mouvements provoquent des douleurs lombaires à droite, même la mobilisation des chevilles. Les genoux sont calmes, les ligaments stables, le signe de Zohlen négatif provoquant cependant des douleurs lombaires à droite. On note une asymétrie du périmètre en défaveur de la jambe droite de 1 cm, ce qui n'est significatif mais pouvant parler en faveur d'une sous-utilisation. Sur le plan fonctionnel, l'assuré déclare ne pas pouvoir marcher sur les talons et les pointes des pieds à cause des douleurs du dos. Il s'accroupit et s'agenouille complètement, de façon laborieuse et démonstrative décrivant des douleurs au bas du dos. On note que l'assuré présente une boiterie relativement discrète en entrant dans

la salle d'examen et en sortant du SMR, tandis que lors de l'examen, elle est plus importante, par moment caricaturale avec lâchages du genou droit. On note également une nette discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils en position assise, quand l'assuré se relève de la position couchée dorsale, il le fait avec un long bras de levier, sans aucune application de l'hygiène du dos.

Le status neurologique révèle un héli-syndrome sensible D diffus, épargnant le visage et le ventre. La force musculaire est relativement bonne et symétrique, à l'exception du fait que l'assuré laisse toujours tomber de 20-30° les membres avant de les maintenir. On note une asymétrie des réflexes rotuliens en défaveur de la droite, de façon répétitive et consistante. Le Lasègue est négatif ddc provoquant à partir de 70-80° des douleurs à l'endroit habituel à droite. On note que lors du test de Jamar, il y a une nette diminution de la force de préhension (Jamar D 8-6-5 kg, 35-30-35 kg à G), sans que cela ne corresponde à une hypomyotrophie.

Le dossier radiologique de l'époque et actuel permet de suivre l'évolution au niveau lombaire où il y a l'apparition d'un débord discal circonférentiel, notamment L3-L4 et L4-L5, associé à un canal légèrement rétréci de façon constitutionnelle et une arthrose des articulations postérieures.

En résumé, cet assuré présente des lombo-sciatalgies droites dans le contexte de légers troubles statiques et dégénératifs, protrusifs mais pas compressifs, associés à un canal lombaire congénital rétréci et une image de claudication. L'examen clinique SMR est difficile à interpréter vu l'attitude démonstrative et peu collaborante de l'assuré et les discordances décrites plus haut, avec quasiment tous les signes comportementaux présents. On peut cependant objectiver une atteinte structurelle lombaire qui évolue depuis 2004, et une certaine irritation nerveuse dans des positions bien spécifiques ; anamnestiquement, il y a une diminution du périmètre de marche de 300 mètres.

Malgré les nettes discordances entre les plaintes et les handicaps allégués d'un côté et les observations, l'examen clinique et les radiographies, on constate objectivement une péjoration de l'état de santé depuis notre examen clinique de 2004 qui peut être daté à été/automne 2008, motivant des investigations neurologiques, neurochirurgiennes et radiologiques amenant à la conclusion que le canal rachidien étroit congénital s'est décompensé, sans indication pour un geste chirurgical actuellement. Ces nouveaux éléments ne justifient cependant en aucun cas une incapacité de travail totale, mais une diminution de 30% due à la nécessité de changer régulièrement de position et les difficultés décrites de se déplacer.

Les limitations fonctionnelles

Il faut éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée. Le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement et 5 kg à répétition. L'assuré ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machines vibrantes. Il est cependant exigible qu'il travaille dans une

activité semi-sédentaire évitant les positions vicieuses et le port de charges.

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

Depuis mai 2001.

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

100% dans la profession d'aide rotativiste.

0% dans une activité adaptée de mai 2001 à été 2008, 30% dès lors.

[...]

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle : 0% (aide rotativiste)

Dans une activité adaptée : 70% Depuis le : été 2008 »

L'OAI a reconnu à l'assuré le droit à des mesures professionnelles sous forme d'une orientation professionnelle auprès de l'Orif de [...]. Débuté le 13 septembre 2010 dans l'Atelier d'Intégration Professionnelle, le stage a dû être interrompu le 25 novembre suivant, les plaintes de l'assuré empêchant une construction de projet de réorientation ; il faisait valoir une aggravation de son atteinte depuis le dernier rapport du SMR et des examens actuellement en cours au Service neurologique du T._____ (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 29 novembre 2010 et rapport AIP du 6 décembre 2010).

Un rapport établi à la demande de l'OAI par le Service de neurologie du T._____ a été remis le 14 avril 2011. Il était mentionné un examen de l'assuré le 24 janvier précédent, le diagnostic de cervicobrachialgies C6 à gauche, un pronostic bon et un traitement conservateur. Aucune incapacité de travail n'était attestée mais une réinsertion par l'assurance-invalidité était préconisée. Le Dr G._____ a considéré que ce rapport n'apportait aucun renseignement médical nouveau, ne faisait pas état d'une aggravation et confirmait les conclusions du SMR.

Eu égard aux conclusions de son service médical et aux fins de soutenir l'assuré dans sa réinsertion, l'OAI a proposé à ce dernier, par courrier du 23 mai 2011, une nouvelle mesure professionnelle au taux de

70%. Parallèlement, selon une fiche du Service de réadaptation de l'OAI, intitulée « Calcul du salaire exigible », il était rappelé le degré d'invalidité de 16% après comparaison des revenus avant (62'282 fr.) et après (51'307 fr.) la survenance de l'atteinte à la santé.

Le 16 juin 2011, l'assuré a mentionné son accord quant à la mise en œuvre d'une nouvelle tentative pour une mesure professionnelle au taux de 70%. Par communication du 26 janvier 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une orientation professionnelle auprès de l'Orif, pour la période du 6 février au 29 avril 2012.

Un rapport final d'un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, daté du 20 juin 2012, était rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la gestion de prestations de réadaptation, nous avons proposé une mesure d'orientation en 15 LAI (Orif [...]) à différentes reprises qui se sont soldées par un échec au vu des plaintes de l'assuré concernant son état de santé.

A cet effet, nous avons fait parvenir 2 sommations à notre assuré (23.05.2011 et 10.10.2011) afin de le rendre attentif aux conséquences de non collaboration à la mesure professionnelle proposée.

En date du 09.02.2012, la mesure Orif nous fait savoir que l'assuré a bien débuté la prestation le 06.02.2012 comme convenu, mais que son engagement dans le processus n'est pas convainquant et qu'il n'est pas acquis à de meilleures intentions que lors de la précédente mesure en 2010.

Lors du bilan avec l'Orif du 25.04.2012, nous devons à nouveau faire le constat d'un échec car l'assuré n'arrive pas à se projeter dans une activité professionnelle adaptée, même virtuellement, et indique ne pas avoir le potentiel de santé pour une entrée en économie. Pour plus d'informations, se référer au rapport Orif du 11.06.2012.

Au vu de ce qui précède, et conformément à la dernière sommation du 10.10.2011, nous mettons un terme définitif aux démarches de réadaptation et nous procédons au calcul du préjudice économique en se basant sur l'échelle des salaires ESS 4 dans une formation non qualifiée au taux exigible de 70%. En référence au calcul du salaire exigible du 20.06.2012, le préjudice économique de l'assuré se monte à 37%. »

La fiche « Calcul du salaire exigible » du 20 juin 2012 faisait notamment mention d'un revenu sans invalidité déterminé sur la base de

l'ESS, en raison « d'une absence de revenu depuis 2001 et d'un assuré non qualifié ».

Le 30 juillet 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, dont il résultait notamment ce qui suit :

« Résultat de nos constatations

Exerçant une activité d'aide-rotativiste chez W. _____ SA, vous avez dû interrompre votre activité pour raison de santé dès mai 2001.

Afin de déterminer votre capacité de travail, vous avez été convoqué par le service médical régional pour un examen clinique bidisciplinaire.

Il est ressorti de cette expertise que votre capacité de travail était nulle dans votre activité habituelle d'aide-rotativiste. En revanche, dans une activité adaptée à votre état de santé, votre capacité de travail avait été estimée à 100% et ceci depuis le mois de mai 2001.

Notre service de réadaptation avait donc mis en place un stage d'évaluation-observation de trois mois afin de définir une activité adaptée à votre état de santé.

Même si vous ne vous étiez pas pleinement investi dans cette mesure d'observation, ce stage avait mis en évidence plusieurs activités exigibles à plein temps.

Vous avez donc reçu une décision de refus de rente et reclassement professionnel, datée du 18 janvier 2007, car votre préjudice économique était estimé à 16%.

Suite à cette décision, vous avez déposé un recours auprès du Tribunal Cantonal. Par jugement du 24 janvier 2008, le recours avait été admis et nous avons dû reprendre l'instruction du dossier et mettre en place une expertise psychiatrique.

Après avoir pris connaissance de l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr S. _____, le Service médical régional avait estimé que votre capacité de travail était entière au plan psychiatrique.

Par conséquent, en date du 17 novembre 2008, vous avez à nouveau reçu un projet de décision de refus de rente et reclassement professionnel, car votre préjudice économique était inférieur à 20%.

Par courrier du 10 décembre 2008, vous avez fait opposition à notre projet. Nous avons donc repris l'instruction de votre dossier et procédé à un nouvel examen rhumatologique. De cet examen, il était ressorti que votre capacité de travail était estimée à 70%, dans une activité adaptée, dès l'été 2008.

Nous avons donc transmis votre dossier à notre service de réadaptation qui a mis en place une orientation professionnelle à l'ORIF de [...] du 13 septembre 2010 au 12 décembre 2010. Toutefois, sur la base de vos plaintes, la mesure a dû être interrompue et nous avons demandé un rapport au service neurologique du T._____.

Le rapport du T._____ a été transmis au service médical régional et aucune aggravation de votre état de santé n'a pu être constatée.

Dès lors, le 23 mai 2011, nous vous avons fait parvenir une sommation vous rendant attentif aux conséquences d'un manque de collaboration de votre part. Le 16 juin 2011, nous avons reçu votre accord pour remettre en place des mesures d'observation professionnelles.

Le 10 octobre 2011, vous avez à nouveau reçu une lettre recommandée de notre part, car vous n'avez pas donné suite à une demande de visite au centre ORIF afin de commencer les démarches. Nous vous avons également rappelé les conséquences d'un manque de collaboration de votre part.

Par communication du 26 janvier 2012, nous vous avons accordé une nouvelle orientation professionnelle auprès de l'ORIF de [...] du 6 février 2012 au 29 avril 2012.

Malheureusement, nous devons à nouveau constater que vous ne vous êtes pas investi dans ce stage. Vous ne vous projetez pas dans une activité professionnelle adaptée et vous nous indiquez que vous ne pouvez pas travailler dans l'économie.

Toutefois, votre capacité de travail est estimée à 70% dans une activité adaptée.

Nous nous référons donc aux deux sommations que vous avez reçues. Au vu de votre comportement, il est évident que vous ne souhaitez pas vous investir dans des démarches professionnelles et que vous vous estimez incapable de travailler, malgré les diverses expertises au dossier qui estime que vous présentez une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée (genre d'activité adaptée : agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage), ouvrier de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines préréglées, assemblage de composants électroniques/informatiques).

D'autre part, la jurisprudence précise qu'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...) (RCC 1978, 65 ; 1970, 162).

Dès lors, nous mettons un terme aux mesures professionnelles et nous ne pouvons que conclure par une approche théorique de gain pour évaluer votre préjudice économique qui est estimé à 37% selon le calcul ci-dessous :

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 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'806.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, 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 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'998.24 (CHF 4'806.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 41'985.22 par année.

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 fonctionnelles et du taux d'activité, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 37'786.69.

Sans atteinte à la santé, vous pourriez réaliser un salaire annuel de CHF 59'978.88.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	59'978.90	
avec invalidité	CHF	37'786.70	
La perte de gain s'élève à d'invalidité de 37%	CHF	22'192.20	= un degré

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. »

L'assuré, par son conseil, a fait part à l'OAI de ses observations sur ce projet le 13 septembre 2012, singulièrement a mis en doute que la capacité de travail estimée à 70% dans une activité adaptée corresponde à la réalité médicale ; il alléguait une aggravation de son état de santé « ces derniers temps » et la décision du Dr R._____ de l'adresser à nouveau à un rhumatologue, le Dr M._____, et au psychiatre D._____. Il s'opposait en outre aux considérations relatives à son manque d'investissement dans le stage d'orientation, soulignant que c'était en raison de ses problèmes de santé, non pas par mauvaise volonté, que la mesure n'avait pas porté ses fruits.

Ultérieurement, l'assuré a produit le courrier adressé le 13 novembre 2012 par le Dr R._____ au Service de neurochirurgie du T._____, sollicitant une consultation en raison de cervicobrachialgies du côté droit pour lesquelles le patient décrivait une aggravation des douleurs, ainsi qu'un courrier du 12 décembre 2012 aux termes duquel le Dr R._____ estimait qu'il n'y avait pas véritablement de diagnostics nouveaux chez son patient, la problématique de canal cervical étroit et de cervicobrachialgies droites étant « la seule problématique qui a montré, selon les dires du patient, une aggravation ». L'assuré a également remis la convocation du Service de neurochirurgie du T._____ pour le 13 décembre 2012 et le rapport y relatif rédigé le 16 janvier 2013 par le Dr H._____, chef de clinique, aux termes duquel le patient se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule droite ; l'examen clinique révélait une limitation de l'amplitude articulaire de l'épaule droite avec douleurs lors des manœuvres du testing des muscles de la coiffe des rotateurs, sans déficits moteurs ni sensitifs aux quatre membres. Le Dr H._____ ne

retenait pas d'origine radiculaire aux douleurs et adressait l'assuré en rhumatologie pour un bilan articulaire spécialisé. En parallèle, il proposait la réalisation d'une IRM par le médecin traitant pour les douleurs lombocrales L4 en cas de progression de celles-ci. La confirmation de rendez-vous pour une consultation en rhumatologie, fixé au 16 avril 2013, a par la suite été transmise à l'OAI.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 3 octobre 2013. S'agissant des raisons de l'échec des mesures professionnelles, il a relevé que, d'un point de vue médical, il lui était impossible d'évaluer la motivation de l'assuré durant le stage et que dans le cas où des problèmes de santé étaient à l'origine d'une incapacité de l'intéressé à intégrer le milieu de l'économie, des éléments médicaux objectifs auraient dû l'attester. S'agissant de la capacité de travail estimée à 70% dans une activité adaptée, il était exposé ce qui suit :

« D'un point de vue psychiatrique, aucun rapport médical ne nous a été fourni.

D'un point de vue somatique, le Dr R. _____ ne détaille pas l'examen clinique, ne mentionne pas de nouvelle imagerie et ne se positionne pas sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr H. _____ considère que les douleurs ne sont pas d'origine neurologique. Il ne préconise pas de complément d'imagerie cervical et ne retient pas d'indication opératoire. Concernant les signes décrits à l'examen clinique de l'épaule droite, rappelons que le Dr V. _____ (rhumatologie) décrivait déjà en 2009 (RM du 04.03.09) « une abduction douloureuse de l'épaule D faisant suspecter une atteinte de la coiffe des rotateurs avec limitation dans cette amplitude à 130° à D » et que la Dresse Y. _____ (rhumatologue, expertise du 16.11.09) montrait une « mobilité active des épaules. flexion-abduction 110°-80° à D et 140°-145° à G », donc limitée à droite.

Pour terminer, force est de constater que malgré les affirmations de Me Aubert, le Dr R. _____ n'a pas adressé son patient au Dr M. _____ ou au Dr D. _____ et que, cinq mois après la consultation de rhumatologie au T. _____, un rapport n'a toujours pas pu nous être adressé.

En conclusion, d'un point de vue purement médical, nous ne disposons d'aucuns arguments objectifs qui attestent une péjoration de l'état de santé de l'assuré et qui permettraient de modifier les constatations des précédents avis SMR, à savoir une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-rotativiste et de 70% dans une activité adaptée. »

Par décision du 25 octobre 2013, l'OAI a maintenu son refus de droit à une rente d'invalidité selon les mêmes termes que son préavis du 30 juillet 2012.

C. C._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par recours du 27 novembre 2013, concluant principalement à l'annulation de la décision litigieuse, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme en ce sens que le droit à un quart de rente d'invalidité lui est reconnu à compter du 1^{er} juin 2008. Dans un premier moyen, il critique l'abattement de 10% sur le revenu d'invalidité, qu'il considère largement sous-estimé au vu des empêchements propres à sa personne, soulignant que la déduction de 10% était déjà opérée dans le premier projet de décision du 18 janvier 2007 alors qu'il n'était pas encore question d'une capacité de travail restreinte en raison de ses troubles rhumatologiques ; il estime qu'une pondération de 15% serait plus appropriée dans son cas.

Il fait ensuite valoir une aggravation de ses troubles dans les régions cervicale et lombaire, reprochant à l'intimé de ne pas avoir tenu compte d'éléments médicaux postérieurs au préavis du 30 juillet 2012. A l'appui de ses allégations, il produit un rapport établi le 22 avril 2013 par la Dresse Z._____, médecin associée au Service de rhumatologie, Département de l'appareil locomoteur du T._____, laquelle pose les diagnostics probables d'hémisyndrome algofonctionnel droit et de lésions dégénératives du rachis cervical et lombaire avec canal cervical rétréci en C4-C5, C5-C6, L3-L4 et L4-L5. Après un bref résumé anamnestique, la Dresse Z._____ mentionne que l'assuré se plaint de douleurs au niveau du membre inférieur et supérieur droit, douleurs continues qu'il apprécie à 5/10 sur une échelle visuelle analogique. L'état algique et toutes les complications socio-professionnelles ont épuisé sa famille. A l'examen clinique, elle constate un bon état général, une marche avec boiterie à droite et une marche sur la pointe des pieds et sur les talons tout à fait possible. L'examen de la statique met en évidence une longue scoliose dorsale à convexité gauche et lombaire à convexité droite, d'importantes

contractures de la musculature paralombaire bilatérale, un Schober lombaire de 10/14 cm, une distance doigts-sol de 34 cm, une hypoextensibilité des ischio-jambiers des deux côtés et des réflexes ostéo-tendineux faibles mais symétriques. Pour les articulations périphériques, il y a une discrète limitation à la mobilisation active de l'épaule droite. Sous l'intitulé « Appréciation, propositions », elle énonce ce qui suit :

« Il s'agit donc d'un syndrome douloureux chronique se manifestant sous forme d'un hémisynonyme chez un patient très crispé et sans asymétrie des masses musculaires.

Sans aucun doute, l'imagerie (discopathies cervicales et lombaires avec rétrécissement du canal médullaire) explique une partie de la symptomatologie douloureuse chez un patient qui me paraît avoir un comportement psychologique susceptible d'entretenir ou augmenter le ressenti douloureux. Le conflit familial (l'épouse était présente à la consultation et a bien exprimé les difficultés du couple), ainsi que le conflit asséculogique et l'inactivité professionnelle depuis plus de 10 ans sont des facteurs de risques majeurs qui s'opposent au processus d'amélioration. A mon sens, il est illusoire dans ce type de cas de proposer d'autres traitements qu'une thérapie comportementale. »

Dans un dernier moyen, le recourant fait grief à l'OAI d'avoir méconnu ses troubles psychiques, soulignant que cinq ans après l'expertise du Dr S._____, le tableau actuel se présente différemment. Il argue dès lors qu'en se fondant sur des données dépassées, l'intimé a statué sur la base d'une constatation inexacte, ou à tout le moins incomplète des faits pertinents, ce qui justifie la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, après toutefois interpellation du psychiatre traitant actuel.

Dans sa réponse du 18 février 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'abattement de 10% ne saurait être revu à la hausse sur la base des critères énoncés par le recourant, lesquels ne peuvent être considérés comme déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles de la part de ce dernier. Il énonce par ailleurs avoir soumis le rapport de la Dresse Z._____ à son service médical, dont il produit l'avis rédigé le 6 février 2014 et aux termes duquel ledit rapport n'amène aucun élément attestant une péjoration de l'atteinte rhumatologique susceptible d'amener l'office intimé à reconsidérer sa

position quant à l'analyse de la situation médicale sur le plan somatique. Sur le plan psychique, le SMR relève que les rapports médicaux relatifs à cet aspect n'ayant pas été fournis, l'intimé ne dispose d'aucun motif valable lui permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr S._____, laquelle retenait une capacité de travail entière dans toute activité.

Le 28 mai 2014, le recourant produit un compte rendu de la Dresse B._____, relatif à une consultation ambulatoire du 22 avril 2014 aux urgences de l'Hôpital de [...], évoquant le diagnostic de lombosciatalgie non déficitaire associée à des troubles fonctionnels, ainsi qu'un rapport médical du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 13 mai 2014 et dont la teneur est la suivante :

« Le patient susnommé a commencé un suivi psychothérapeutique au CMPC [Centre médical de psychothérapie cognitive et comportementale] en date du 13.11.2013. Il est à noter que le patient n'avait pas de demande précise, ou personnelle, concernant une prise en charge psychothérapeutique. D'après ses dires, il s'est annoncé sur le conseil d'une tierce personne. A côté de cette absence de motivation pour entreprendre un traitement psychothérapeutique, s'est posée la question du manque d'indication pour la mise en place d'un tel traitement, étant donné l'absence de diagnostic psychiatrique primaire. L'absence d'anamnèse psychiatrique au sens psychopathologique du terme ne nous permet pas de nous prononcer sur [l']évolution des « troubles ».

Nous notons cependant l'existence d'une situation psychologique tendue dans un contexte assécurologique assez dense (avocat, Office AI, Cour des assurances sociales), l'existence de rapports médicaux relatifs à des troubles somatiques et une inactivité professionnelle depuis le début des années 2000. Ce contexte assécurologique semble être le motif de consultation.

Les prochaines séances vont être destinées à clarifier le mandat psychothérapeutique. »

Le recourant requiert par ailleurs l'audition de son épouse aux fins d'attester de la péjoration de son état de santé psychique, et réitère sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, intégrant les troubles psychiques et autres pathologies présentées.

Dans sa duplique du 13 juin 2014, l'OAI confirme ses conclusions. Il expose que les rapports des Drs B. _____ et K. _____ ne permettent pas d'objectiver une aggravation de la problématique de santé relatée par le recourant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'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).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), 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 dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1 ; TF 9C_285/2012 du 31 août 2012 consid. 5.1).

Ainsi, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455 ; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, et du 1^{er} janvier 2012 la 6^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à ces modifications législatives.

En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). Les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Par décision du 25 octobre 2013, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité de 37% dès l'été 2008, en référence à une capacité de travail de 70% reconnue dans une activité adaptée ; antérieurement, et depuis mai 2001, sa capacité de

travail était reconnue comme nulle dans sa profession habituelle, mais totale dans une activité adaptée. Au regard des conclusions (subsidiaries) du recourant, ce dernier considère avoir droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008 en tenant compte d'un abattement sur le salaire d'invalidé supérieur à 10% ; il critique en outre l'évaluation de sa capacité de travail, eu égard à l'aggravation de son état de santé somatique et la présence de troubles psychiques, justifiant notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le litige porte dès lors sur le degré d'invalidité reconnu au recourant dès l'été 2008, singulièrement sur son taux d'incapacité de travail et le montant du revenu d'invalidé déterminant pour la comparaison des revenus.

4. a) 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). Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la 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 à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004 (3^e révision), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Dans sa version

postérieure au 1^{er} janvier 2004 (4^e révision), l'art. 28 al. 1 LAI prévoit le droit à un quart de rente si l'assuré est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quart de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008 (5^e révision).

Aux termes de l'actuel art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 et 6).

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en

règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). La Haute Cour a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1, 132 V 65 consid. 4.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et la référence citée). En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 132). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent

vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 131 V 49).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

Les constatations émanant du médecin traitant de l'assuré doivent, par ailleurs, être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à se prononcer en faveur de son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

6. A teneur des griefs formulés, le recourant s'en prend à l'appréciation de la situation médicale tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

a) Le recourant fait valoir une aggravation de ses troubles physiques, plus exactement la poursuite d'un phénomène amorcé en 2000 engendrant progressivement une atteinte dans les régions cervicale et lombaire de plus en plus invalidante.

aa) La demande déposée en juin 2002 a donné lieu à l'examen clinique multidisciplinaire du 29 juin 2004, mettant en évidence les diagnostics incapacitant de lombosciatalgies droites chroniques non déficitaires et de cervicobrachialgies droites dans un cadre de douleurs du rachis avec substrat anatomique discret et amplification des symptômes. L'interruption de l'activité professionnelle d'aide-rotativiste était justifiée, la capacité de travail dans cette profession étant reconnue comme nulle dès mai 2001 ; une capacité de travail totale était cependant admise dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées (changement régulier de position, éviter les positions vicieuses, port de charges limité à 15 kg, 20 kg occasionnellement). Cette appréciation a été confirmée par le stage d'observation mis en œuvre durant l'hiver 2005/2006 ; en dépit de l'échec de la mesure, justifié par le manque d'investissement de l'assuré, il a été conclu à la possibilité d'une réadaptation dans une activité ne nécessitant pas une forte sollicitation du

membre supérieur droit, la position assise étant préférable à la position debout, l'activité pouvant être exercée à plein temps et plein rendement (cf. document « synthèse » du 31 mars 2006).

Les avis médicaux émis dès le début de l'année 2009 s'accordent sur l'existence d'une aggravation de l'atteinte à la santé somatique.

Dans son rapport du 4 mars 2009, le Dr V._____ énonce un canal rétréci en L3-L4 probablement décompensé par une importante protrusion discale légèrement compressive à l'émergence des racines L4 mais surtout du côté droit. Il apparaît de la comparaison entre l'IRM lombaire et dorsale basse de 2001 et celle réalisée en février 2009 la protrusion discale en L3-L4 alors qu'auparavant, seul était mis en évidence le canal lombaire étroit modéré de L3-S1 avec une hypertrophie des articulations postérieures. Dans son rapport du 23 mars 2009, le Dr W._____ mentionne la présence de lombalgies et cruralgies droites entrant dans le cadre d'une probable neurogène avec des signes radiculaires irritatifs et déficitaires plutôt L4 droits. L'EMG de détection du membre inférieur droit, réalisée le 20 mars précédent, révélait clairement des signes neurogènes aigus en quantité modérée au niveau du vaste externe droit avec également des signes neurogènes chroniques avec réinnervation. En avril 2009, les neurochirurgiens L._____ et J._____ décrivent un assuré souffrant, dans le cadre de lombocruralgies chroniques, de lâchages du membre inférieur droit et d'une claudication neurogène pouvant être mis en relation avec le canal lombaire constitutivement étroit en L3-L4, probablement décompensé par la protrusion discale mise en évidence par l'IRM de février 2009, prédominant au niveau foraminal droit et marquant une empreinte sur la racine L3 à droite.

Au terme de l'examen clinique du 16 novembre 2009, la Dresse Y._____ retient la présence de lombosciatalgies droites dans le contexte de légers troubles statiques et dégénératifs, protrusifs mais pas compressifs ; les lombalgies présentes de longue date se sont

compliquées depuis deux ans par des sciatalgies droites avec phénomène de claudication. La comparaison du dossier radiologique de l'époque et actuel révèle l'apparition d'un débord discal circonférentiel, notamment L3-L4 et L4-L5, associé à un canal légèrement rétréci de façon constitutionnelle et une arthrose des articulations postérieures. Le diagnostic de scapulo-brachialgies droites est également posé, l'assuré présentant auparavant des cervico-brachialgies droites. En dépit de nettes discordances entre les plaintes et handicaps allégués, une attitude démonstrative et peu collaborante de l'assuré d'un côté, de ses observations, de l'examen clinique et des radiographies de l'autre, la Dresse Y._____ constate objectivement une péjoration de l'état de santé depuis l'examen clinique de 2004, qu'elle date à l'été, voire l'automne 2008. Elle souligne que cette péjoration a motivé des investigations neurologiques, neurochirurgicales et radiologiques amenant à la conclusion que le canal rachidien étroit congénital s'est décompensé, sans indication pour un geste chirurgical. Ces nouveaux éléments justifient, selon elle, une diminution de la capacité de travail de 30% due à la nécessité de changer régulièrement de position et aux difficultés décrites à se déplacer.

bb) Les conclusions de la Dresse Y._____ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée, une anamnèse détaillée (complétée par rapport à l'examen clinique du 29 juin 2004), sont claires et dûment motivées. Elles tiennent compte des plaintes du recourant, tout en soulignant la discordance d'avec les observations cliniques. Les rapports médicaux établis subséquentement, lesquels ne se prononcent pas clairement sur la capacité de travail mais essentiellement sur les douleurs ressenties par l'assuré, ne sauraient jeter le doute sur les conclusions de l'examinatrice.

Dans son rapport du 13 novembre 2012 adressé au Service de neurologie du T._____, le Dr R._____ rappelle les constatations médicales de janvier 2011 avec référence à l'IRM révélant un canal cervical étroit en C5-C6 et une hernie discale C4-C5 latéralisée à gauche. *Pro memoria*, le rapport du Service de neurologie relatif à la consultation

du 24 janvier 2011 mentionnait pour seul diagnostic des cervicobrachialgies C6 gauche et renvoyait pour le surplus à l'avis du médecin traitant. Le Dr R._____ précise que la problématique concerne les cervicobrachialgies droites que le patient estime en aggravation. Dans son rapport du 12 décembre suivant, le médecin traitant énonce « qu'il n'y a pas véritablement de diagnostics nouveaux chez ce patient », la problématique de canal cervical étroit et de cervicobrachialgies droites étant « la seule problématique qui a montré, selon les dires du patient, une aggravation ». A l'instar du SMR, on constate que le Dr R._____ ne détaille pas l'examen clinique, ne mentionne pas de nouvelle imagerie et ne se positionne pas sur la capacité de travail de l'assuré (cf. avis SMR du 3 octobre 2013).

L'examen clinique effectué le 13 décembre 2012 au Service de neurochirurgie du T._____ met en évidence une limitation de l'amplitude articulaire de l'épaule droite avec douleurs lors des manœuvres du testing des muscles de la coiffe des rotateurs, sans déficits moteurs ou sensitifs aux quatre membres. Le Dr H._____ considère que les douleurs ne sont pas d'origine neurologique, ne préconise pas de complément d'imagerie cervicale et ne retient pas d'indication opératoire. En 2009, il était déjà constaté des limitations de l'amplitude de l'épaule droite. Dans son rapport du 4 mars 2009, le Dr V._____ note une abduction douloureuse de l'épaule droite lui faisant suspecter une atteinte de la coiffe des rotateurs avec limitation dans cette amplitude à 130° à droite. Lors de l'examen du 16 novembre 2009, la Dresse Y._____ constate une diminution de la mobilité active des épaules, plus marquée à droite (« flexion-abduction 110°-80° à D et 140°-145° à G ») en raison des douleurs du bras droit, de l'épaule et de l'omoplate. Elle note par ailleurs l'absence de signes cliniques évidents pour une lésion de la coiffe des rotateurs, une capsulite rétractile ou pour une atteinte inflammatoire ou dégénérative.

Le rapport du 22 avril 2013 de la Dresse Z._____, seul avis médical auquel se réfère explicitement le recourant dans son acte de recours, ne permet pas de battre en brèche l'appréciation de la Dresse

Y._____. Se référant à l'avis de ses confrères neurochirurgiens, son examen clinique et une IRM - dont on ignore la date -, elle retient que le recourant souffre d'un hémisyndrome algofonctionnel droit et de lésions dégénératives du rachis cervical et lombaire avec canal cervical rétréci en C4-C5, C5-C6, L3-L4 et L4-L5. L'examen clinique n'a mis en évidence aucun signe neurologique déficitaire ou irritatif au même titre qu'aucune asymétrie ou atrophie musculaire. Dans son rapport du 16 janvier 2013, le Dr H._____ a relevé ne pas avoir retrouvé d'origine neurologique aux plaintes de l'assuré dans le cadre de la consultation de neurochirurgie de décembre 2012. Selon la Dresse Z._____, l'imagerie décrite (discopathies cervicales et lombaires avec rétrécissement du canal médullaire) explique une partie de la symptomatologie douloureuse chez un assuré qui paraît avoir un comportement psychologique susceptible d'entretenir ou d'augmenter le ressenti douloureux. Cela étant, les plaintes relatées dans son rapport (douleurs au niveau du membre inférieur et supérieur droit en particulier) sont identiques à celles énoncées dans les rapports antérieurs. La boiterie a été mise en évidence lors de l'examen rhumatologique de la Dresse Y._____ en novembre 2009, et la scoliose dorso-lombaire lors de l'examen rhumatologique de juin 2004. La distance doigt-sol (34 cm) et le Schober lombaire (10/14 cm) se sont améliorés par rapport à l'examen rhumatologique de 2009 (45 cm, respectivement 10/12,5 cm), où la discrète limitation à la mobilisation de l'épaule droite était déjà objectivée. Au surplus, on peut se référer aux considérations émises le 6 février 2014 par le SMR, savoir que la symptomatologie douloureuse n'est qu'en partie expliquée par les anomalies décrites à l'imagerie, lesquelles ont été prises en compte dans le cadre de l'examen rhumatologique détaillé en novembre 2009, qualifiées de responsables de l'aggravation décrite et reconnue depuis l'été 2008. Finalement, la Dresse Z._____ semble expliquer que le recourant présente un syndrome apparenté au trouble somatoforme douloureux (sur ce point, voir consid. 6b *infra*), pour lequel elle ne propose pas d'autre traitement qu'une thérapie comportementale.

Dans son rapport du 22 avril 2014 faisant suite à la consultation du recourant aux urgences de l'Hôpital de [...], la Dresse

B._____ fournit un bref rappel de la situation médicale de l'intéressé et relate principalement les plaintes dont il lui fait part, en particulier les zones de douleurs et leur intensité. La symptomatologie dont fait état la Dresse B._____ résulte pour l'essentiel des seules plaintes exprimées par le recourant.

cc) Les avis médicaux qui précèdent n'amènent aucun élément attestant une péjoration de la problématique de santé relatée par le recourant, susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par la Dresse Y._____. Partant, il y a lieu d'admettre qu'au plan somatique, la symptomatologie présentée par le recourant ne contrevient pas à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies (éviter la position statique prolongée, le port de charges de 10 kg occasionnellement, 5 kg à répétition, et le travail à la chaîne et sur machines vibrantes), au taux estimé à 70%, et ce depuis l'été 2008.

b) Le recourant estime que ses troubles de nature psychique ont été méconnus par l'autorité intimée, laquelle s'est fondée sur un rapport « obsolète ».

aa) A la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal des assurances, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr S._____. Aux termes de son rapport du 18 octobre 2008, l'expert ne retient aucun diagnostic d'atteinte psychiatrique affectant ou non la capacité de travail. Il fait état d'un assuré plutôt dynamique, tonique, souriant par moment, dans l'ensemble euthymique, sans signe psychopathologique majeur. Il explique que la tonalité colérique est assez présente, l'assuré pouvant par moments être assez explosif, irritable et nerveux, mais que ces éléments font partie de son caractère et de son fonctionnement basique, sans lien avec un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme. Aucun élément du passé de l'assuré ne permet en outre de retenir des éléments significatifs en faveur d'un tel trouble. Il relève également que des éléments psychiques et psychiatriques apparaissent assez tôt dans le

dossier mais sans que les états décrits n'aient la longueur ni l'intensité d'un véritable état dépressif.

Au terme d'un examen circonstancié, le Dr S._____ écarte également le diagnostic de trouble somatoforme douloureux évoqué par le Dr D._____ en septembre 2003. En s'appuyant sur les éléments du dossier à sa disposition, il retient que le tableau clinique présenté par le recourant est caractérisé par la présence de plaintes douloureuses ; les douleurs ne trouvent « en grande partie » pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance de l'incapacité de travail dont se prévaut l'expertisé. Il convient qu'il n'y a pas d'évidence pour établir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, appréciant cependant l'éventuel aspect invalidant de ce syndrome douloureux à la lumière des principes jurisprudentiels (cf. consid. 4b *supra*).

Le Dr S._____ conclut à l'absence d'une comorbidité psychiatrique - importante par sa gravité, son acuité et sa durée - et nie majoritairement les autres critères consacrés par la jurisprudence. Si l'on considère la situation dans son ensemble, il y a lieu de constater - à l'instar du Dr S._____ et au vue des données actuelles - la présence de nombreux éléments qui empêchent de conclure au caractère invalidant de la symptomatologie douloureuse et de considérer que le recourant a épuisé l'ensemble des ressources psychiques qui lui permettraient de surmonter ses douleurs (absence de comorbidité psychiatrique importante, d'état psychique cristallisé, de perte d'intégration, d'affections corporelles chroniques). En outre, on soulignera les divers éléments de discordances mis en évidence au cours des différents examens cliniques dont le recourant a fait l'objet (cf. notamment examen clinique rhumatologique de la Dresse Y._____ du 16 novembre 2009).

Cela étant, l'expertise du Dr S._____ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 351 consid. 3a). Les conclusions résultent d'une analyse détaillée de la situation médicale - objective et subjective -

portant sur la composante psychique des troubles allégués. L'analyse repose sur une anamnèse complète contenant notamment une description précise et exhaustive des plaintes, sur les observations recueillies au cours de l'examen clinique, sur un questionnaire d'autoévaluation ainsi que sur un entretien avec le médecin traitant. L'appréciation finale tient compte des particularités propres sur le plan asséurologique à l'appréciation de l'exigibilité médicale dans le cadre d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux persistant. La négation de tout diagnostic sur le plan psychiatrique est en outre bien étayée.

bb) Aucun élément au dossier ne vient contredire ou infirmer les conclusions de l'expert. Le recourant ne formule par ailleurs aucun grief à leur encontre, mais énonce que cinq années plus tard, le tableau se présente différemment.

Certes, au fil du temps, le risque que les conclusions de la dernière expertise psychiatrique deviennent obsolètes va croissant, mais pour autant que l'état de santé de l'expertisé soit évolutif. Or en l'occurrence, le recourant n'a pas rendu vraisemblable qu'un tel changement de circonstances s'est produit ; rien au dossier ne met en évidence des éléments objectifs qui justifieraient de retenir l'apparition de troubles psychiques invalidants depuis 2008.

Singulièrement, dès l'ouverture de la procédure d'audition en été 2012, le recourant a annoncé à maintes reprises que des rapports médicaux relatifs à l'aspect psychiatrique seraient fournis, sans que cela ne soit le cas avant la production du rapport du Dr K. _____ en mai 2014, devant l'autorité de céans. Si le recourant allègue, en septembre 2012, que son médecin traitant l'a à nouveau adressé au Dr D. _____, force est de constater que le Dr R. _____ n'émet aucun diagnostic sur le plan psychique dans son rapport du 12 décembre 2012, pas plus que le psychiatre ne se prononce dans un rapport médical ultérieur. Dans son avis du 6 février 2014, le SMR souligne avoir pris contact avec le Dr D. _____, lequel n'aurait plus revu l'assuré depuis plus de deux ans. Le

recourant allègue en outre être suivi par le psychologue U._____, sans dater le début de la prise en charge ni fournir un quelconque rapport. Cela étant, le Dr K._____ mentionne un suivi psychothérapeutique au Centre médical de psychothérapie cognitive et comportementale depuis le 13 novembre 2013, sur conseil d'une tierce personne. Dans son rapport du 13 mai 2014, il est fait état de l'absence d'anamnèse psychiatrique au sens psychopathologique du terme, d'aucun diagnostic de nature psychiatrique ni d'aucune évaluation de la capacité de travail ; le Dr K._____ ne développe aucun point déterminant qui répondrait aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concerne le caractère probant d'un document médical (ATF 125 V 351 consid. 3a). Cependant il met en lien la prise en charge psychothérapeutique - débutée à la suite de la décision attaquée (soit le 25 octobre 2013) - avec le contexte asséculoologique « assez dense » dans lequel évoluerait le recourant. A ce sujet, la jurisprudence fédérale prévoit qu'il ne peut découler de handicap psychique invalidant des troubles en réaction à une décision négative de l'assurance-invalidité pouvant être traités médicalement de manière adéquate, auquel cas la notion juridique de l'invalidité perdrait tout son sens (TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). On ne saurait dès lors retenir des troubles mentaux ou comportementaux sur cette seule base.

La Dresse Z._____ - qui n'est pas spécialiste en psychiatrie - relève que l'imagerie décrite explique une partie de la symptomatologie douloureuse chez un patient lui paraissant avoir un comportement psychologique susceptible d'entretenir ou d'augmenter le ressenti douloureux. Elle émet l'hypothèse d'un syndrome apparenté au trouble somatoforme douloureux, pour lequel elle ne propose pas d'autre traitement qu'une thérapie comportementale. Ce diagnostic a été réfuté par le Dr S._____ au terme d'un examen circonstancié, et la Dresse Z._____ ne tend pas à démontrer que les critères mis en évidence par la jurisprudence sont désormais remplis ; elle énonce uniquement à cet égard un conflit familial (difficultés de couple), un conflit asséculoologique (cf. rapport du Dr K._____ *supra*) et une inactivité professionnelle depuis plus de dix ans.

cc) Sur le vu de ce qui précède, et du point de vue psychique, on ne peut ainsi reconnaître que la situation actuelle diffère des considérations émises par le Dr S. _____ au terme de son expertise. Il convient dès lors de suivre les conclusions de ce dernier, tendant à reconnaître au recourant une capacité de travail entière, sans diminution de rendement.

c) En définitive, il convient de tenir pour établi que, nonobstant l'état douloureux, le recourant dispose depuis l'été 2008 d'une capacité de travail de 70% dans une activité physiquement adaptée, telle que décrite au consid. 6a *supra*, la capacité de travail étant reconnue comme pleine pour la période antérieure.

7. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente

(ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in Pratique VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2, 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in Pratique VSI 1999 p. 246).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant, âgé de 48 ans lors de la notification de la décision litigieuse, qu'il recherche une activité à 70% adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré ; il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) qui recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (cf. TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un certain nombre d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles du recourant.

Il n'est ainsi pas irréaliste pour le recourant de retrouver un emploi sur le marché du travail qui soit compatible avec ses limitations fonctionnelles (position statique prolongée, port de charges de 10 kg occasionnellement, 5 kg à répétition, travail à la chaîne ou sur machine vibrante) et son manque de formation professionnelle.

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

En l'espèce, l'intimé a déterminé le revenu sans invalidité en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS], et retenu un salaire de 59'978 fr. 90 (ESS 2008, TA1 : niveau de qualification 4). Cette référence est justifiée par l'absence de qualification de l'assuré et le temps écoulé depuis l'époque où il a dû quitter son emploi en 2001 (cf. fiche REA « Calcul du salaire exigible » du 20 juin 2012).

Or précédemment, pour déterminer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est référé aux informations fournies par le dernier employeur du recourant, retenant à ce titre un montant de 61'282 francs. Il résulte en effet du questionnaire du W._____ SA que le recourant pouvait prétendre, pour l'année 2002, à un salaire mensuel de 4'714 fr (servi treize fois l'an). Le salaire sans invalidité devant être évalué de la manière la plus concrète possible, le raisonnement de l'office intimé, tendant à évaluer ledit revenu selon l'ESS, ne saurait dès lors être suivi. En effet, selon les éléments disponibles, il paraît hautement vraisemblable que sans la survenance de l'atteinte à la santé en mai 2001, l'assuré aurait continué à travailler comme aide-rotativiste auprès du W._____ SA, activité qu'il exerçait depuis plus de dix ans et qu'il a dû quitter en raison uniquement de ses limitations fonctionnelles. L'intimé ne précise du reste pas en quoi le parcours professionnel du recourant et l'écoulement du temps justifieraient d'avoir recours aux données statistiques de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité. On peine ainsi à comprendre les

raisons qui mènent l'intimé à retenir les données de l'ESS en dépit de celles du dernier employeur, alors que référence était faite à ce dernier salaire dans le projet de décision du 17 novembre 2008 - confirmant le degré d'invalidité fixé dans la décision du 18 janvier 2007 - ainsi que dans la fiche « Calcul du salaire exigible » établie par le Service de réadaptation le 23 mai 2011.

Cela étant, la comparaison des revenus doit s'effectuer au regard des circonstances qui prévalaient en 2008, au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Partant, le montant de 61'282 fr. (4'714 fr. x 13) doit être adapté suivant l'indice des salaires nominaux, lequel est passé pour les hommes de 1'933 points en 2002 à 2'092 points en 2008 (source : OFS, tableau T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch). Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 66'322 fr. 80 en 2008.

c) Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré qui n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tabelles statistiques, en particulier sur les données issues de l'ESS. Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (ATF 126 V 175 ; cf. Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 2^e édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il convient de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision ; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75 consid. 5b/dd).

En l'occurrence, s'il ne conteste pas la référence à l'ESS pour déterminer son revenu d'invalidé - ce qui ne prête pas flanc à la critique, de même que le montant retenu (41'985 fr. 22 avant abattement), vérifié d'office -, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir appliqué qu'un facteur d'abattement de 10% sur le revenu établi à partir des statistiques salariales. Il estime que ce taux est insuffisant en raison de ses

compétences professionnelles limitées (manque de formation professionnelle, difficultés linguistiques notamment), de la nature de ses troubles somatiques et psychiques, de son âge, de sa nationalité, en plus de son inactivité depuis de nombreuses années, le temps écoulé depuis le dépôt de sa demande de prestations et des tentatives infructueuses de reprise d'une activité (stage d'évaluation et d'observation) ; il propose une hausse de l'abattement à 15%.

In casu, l'abattement de 10% tient compte du taux d'occupation de 70% (due à la nécessité de changer régulièrement de position et les difficultés à se déplacer) et des effets que la nature des limitations fonctionnelles du recourant peuvent avoir concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Les limitations fonctionnelles présentées par le recourant – somme toute communes au regard des pathologies diagnostiquées (position statique prolongée, port de charges de 10 kg occasionnellement, 5 kg à répétition, travail à la chaîne et sur machines vibrantes) – ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir particulièrement compte au titre de la déduction sur le salaire statistique. En effet, pour fixer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé, conformément à la jurisprudence, sur les données économiques statistiques, singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalidé dès lors qu'il recouvre un large éventail des activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignante (TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.5).

Les considérations de l'assuré relatives à son manque de compétence professionnelle ne sauraient être retenues à titre de critères déterminants dans la mesure où l'absence d'expérience dans certains domaines d'activités n'a que peu d'influence sur la rémunération perçue pour l'accomplissement de tâches simples et répétitives. Il en va de même s'agissant des difficultés linguistiques, au regard de la nature des activités encore exigibles de la part de l'assuré. A cet égard, l'intimé énonce comme genre d'activité adaptée celle d'agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage), ouvrier de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines pré-réglées, assemblage de composants électroniques/informatiques). Par ailleurs, s'agissant du critère de l'âge, il appert que le recourant était âgé de 43 ans lorsqu'il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible (à 70%) du point de vue médical (cf. ATF 138 V 457 consid. 3), respectivement de 48 ans au moment de la décision litigieuse, soit un âge qui ne peut être qualifié de « relativement avancé » (TF 9C_154/2011 du 19 juillet 2011 consid. 4.3). Il n'a dès lors pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). De plus, il est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références). Quant à la nationalité portugaise du recourant, il convient de relever que ce dernier est arrivé en Suisse en 1989, est au bénéfice d'un permis C et a travaillé en terre helvétique pendant près de douze ans (1990 à 2002, année de son licenciement), ce qui démontre une intégration professionnelle réussie. Pour le reste, on ne voit pas que la période d'inactivité professionnelle, le laps de temps depuis le dépôt de la demande ni l'échec rencontré dans le cadre des stages soient des critères déterminants devant être pris en compte dans la pondération de l'abattement (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc).

Au vu de ce qui précède, il n'apparaît pas que les circonstances pertinentes aient été ignorées ou qu'elles aient été appréciées de manière manifestement insoutenable par l'autorité intimée. Soulignons à cet égard que le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6). Partant, le revenu d'invalidé fixé à 37'786 fr. 70, eu égard aux données de l'ESS et d'un abattement de 10%, doit être confirmé.

d) En définitive, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 66'322 fr. 80 (cf. consid. 7b *supra*) et avec invalidité, abattement de 10% compris, de 37'786 fr. 70 (cf. consid. 7c *supra*), le taux d'invalidité s'élève à 43% ; ce taux donne droit à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité.

A toutes fins utiles, on relèvera que même si un abattement de 15% avait été admis, le degré d'invalidité se situerait dans le seuil identique à celui d'un abattement de 10%, soit à 46% (revenu d'invalidé de 35'687 fr. 45).

Le recourant peut dès lors prétendre à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008, date à compter de laquelle une incapacité de gain supérieure à 40% lui est reconnue, étant rappelé qu'une incapacité de travail de 100% lui est reconnue depuis mai 2001 en tant qu'aide-rotativiste, métier qu'il exerçait jusque-là (début du délai d'attente).

8. Le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit et permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité du recourant. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la Cour de céans, compte tenu des avis médicaux cités précédemment, de sorte que la requête du recourant en ce sens doit être

rejetée (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 130 II 425 consid. 2.1). Dans ce prolongement, on ne voit pas ce que l'audition de l'épouse du recourant, en qualité de témoin, pourrait apporter de plus à l'appréciation médicale déjà émise sur le plan psychiatrique (voir notamment consid. 4b et 6b *supra*).

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, le droit du recourant à un quart de rente d'invalidité étant ouvert dès le 1^{er} juin 2008.

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. TVA comprise, à la charge de l'OAI qui succombe.

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

- I. Le recours déposé le 27 novembre 2013 par C._____ est admis.
- II. La décision rendue le 25 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C._____ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marc-Antoine Aubert (pour C._____)
- 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).

La greffière :