

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 septembre 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Dessaux, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

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

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

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant turc né en 1966, sans formation professionnelle, a travaillé dans différents emplois d'ouvrier et comme aide-monteur en chauffage ; dès 2003, il n'a plus eu de travail régulier. Il a bénéficié de l'assurance-chômage en 2004 et 2005, puis ponctuellement de l'assistance sociale. Il résulte de l'extrait du compte individuel de l'assuré qu'en 2009, il a travaillé pour le compte de l'agence de placement [...] de février à novembre, pour un salaire total de 37'899 fr., auquel se sont ajoutées des cotisations en qualité de personne sans activité lucrative à hauteur de 4'554 francs. En 2011, l'assuré a travaillé auprès des sociétés [...] Srl et [...] SA pour des salaires qui se sont élevés respectivement à 3'675 fr. et 42'214 francs. Il est également mentionné des cotisations en qualité de personne sans activité lucrative à hauteur de 4'612 francs.

A l'initiative du service social de Lausanne, un formulaire de détection précoce a été adressé le 28 octobre 2008 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), indiquant que l'assuré présentait des douleurs sur plusieurs parties du corps de façon sporadique. A la suite d'un entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI, il a été constaté l'absence d'élément permettant d'indiquer que l'assuré souffrait d'une atteinte à la santé invalidante, aucune incapacité de travail n'étant de surcroît attestée médicalement, de sorte que le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité n'était pas indiqué.

Le 19 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente, se prévalant de dorsolombalgies chroniques existant depuis 2003, de gonalgie droite et d'infection virale et mycose sur partie génitale depuis 2005.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a interpellé le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré. Il résultait de son rapport médical du 8 décembre 2010 les diagnostics affectant la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques, avec irradiation vers les fesses et la face postérieure des jambes, existant depuis 2003, de gonalgies bilatérales, et de tinea corporis et herpès génital depuis 2005, avec prurit et irritation importante de la région génitale. Le Dr D.\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale sans préciser de date. L'assuré était très limité dans l'activité habituelle de monteur en chauffage, en raison de la transpiration et du frottement cutané dans la partie génitale lorsqu'il devait se mettre en position accroupie, à genoux, et lors de déplacements. Le médecin traitant préconisait un travail de bureau, limitant ainsi le mouvement, la charge de la colonne dorsale et la macération cutanée.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ transmettait un rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie, établi le 27 avril 2007. Le Dr K.\_\_\_\_\_ mentionnait une forte suspicion d'herpès génital se manifestant trois à quatre fois par année (poussées). Il indiquait avoir proposé au patient de débiter un traitement de Valtrex (pendant cinq jours) lors de la prochaine poussée et préconisait de l'adresser à un dermatologue s'il présentait plus de quatre à cinq épisodes annuels, pour envisager un traitement de fond par Valtrex durant six mois à une année. Le Dr D.\_\_\_\_\_ joignait également à son rapport deux copies de consultation à la Z.\_\_\_\_\_. Il en résultait que l'assuré avait été vu à la Z.\_\_\_\_\_ le 24 février 2003, avec un tableau d'un typique lumbago (l'assuré s'était fait « brutalement » mal au dos en poussant une palette de 200 kg) pour lequel un traitement d'antalgiques et de myorelaxant était prescrit. Une nouvelle consultation le 18 novembre 2005 n'avait pas révélé de trouble sensitivomoteur mais un syndrome lombovertébral, avec quelques incohérences et une hyperréactivité au toucher, faisant évoquer - dans le diagnostic différentiel - un trouble somatoforme.

Dans le cadre d'un entretien d'évaluation à l'OAI le 25 janvier 2011, l'assuré a rapporté notamment une tentative de suicide avant Noël

2010 et le refus de ses enfants de le voir. Il était convenu que l'instruction allait se poursuivre au niveau médical.

Le 8 février 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré, a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F 33), existant depuis décembre 2007, était reconnu comme affectant la capacité de travail, et le diagnostic de trouble de la personnalité, sans précision (F 69), comme sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionnait un suivi depuis le 26 novembre 2010, précisant que le précédent psychiatre traitant avait constaté un ralentissement psychomoteur et une aboulie, symptomatologies persistant toujours. Le pronostic était compliqué par le trouble de la personnalité et l'herpès qui ne répondait pas au traitement. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L. \_\_\_\_\_ indiquait que cet ancien magasinier et aide-monteur en chauffage n'avait plus travaillé depuis 2003 environ, hormis quelques essais.

A la demande de l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a précisé que l'épisode actuel du trouble dépressif devait être évalué moyen à sévère, sans symptôme psychotique, en voie d'amélioration. Il a en outre répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'état de santé de son patient était actuellement compatible avec l'offre de mesures de réinsertion.

Dans un avis du 16 juin 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est prononcé sur les éléments médicaux au dossier, exposant ce qui suit :

« Assuré de 45 ans, monteur en chauffage, sans activité lucrative depuis 2009, présente une demande de prestations pour dorso-lombalgies, trouble dépressif récurrent, trouble de la personnalité sans précision, gonalgie bilatérale D>G, tinea corporis et herpes résistant au traitement qui aurait un caractère invalidant dans son activité habituelle (Dr D. \_\_\_\_\_, généraliste, le 08.12.2010). A signaler qu'en novembre 2008 l'orientation de la détection précoce n'avait pas abouti à un dépôt de demande.

Sur le plan orthopédique : accident lombalgies chroniques depuis 2003 débutées après un effort, même épisode en octobre 2005 avec

un arrêt de travail d'un mois. La SUVA avait été sollicitée à cette époque.

Psychiatrique : suivi par Dr [...] d'abord, puis par Dr L. \_\_\_\_\_ au CM de [ [...]] (lettre du 10.12.2010), diagnostic : trouble dépressif récurrent depuis 2007 (intensité non spécifiée), trouble de la personnalité, sans précision. Il aurait fait une tentative de suicide avant Noël 2010. Le traitement consiste en mirtazépine, tradozone et rispéridone.

Dans sa récente lettre du 5 avril 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ définit l'épisode dépressif de moyen à sévère et nous informe que son état de santé est compatible avec le début de mesures de réinsertion. Nous n'avons pas de renseignements concernant sa capacité de travail résiduelle.

Dermatologique : les lésions décrites, étant réversibles, n'ont pas en principe caractère invalidant au sens de l'AI. D'ailleurs, M. R. \_\_\_\_\_ avait été vu en avril 2007 par le Dr K. \_\_\_\_\_, urologue, qui proposait un examen dermatologique en cas de résistance au traitement de Valtrex p os.

Le Dr D. \_\_\_\_\_, dans sa lettre du 6.6.2011, affirme l'absence de documentation concernant les consultations dermatologiques au G. \_\_\_\_\_. Par contact téléphonique nous avons appris que l'assuré a consulté le mercredi 1<sup>er</sup> décembre 2010 à 11 h 30 min et a été vu par le Dr J. \_\_\_\_\_.

#### Conclusions :

Merci pour continuer l'instruction et

1. Demander une copie du compte rendu de la consultation dermatologique susmentionnée au G. \_\_\_\_\_.
2. Demander la documentation radiologique au G. \_\_\_\_\_ ou à l'Hôpital [...]. »

Le 15 septembre 2011, le SMR a indiqué que la consultation dermatologique n'avait pas eu lieu et que la recherche de documents radiologiques n'avait pas été contributive. Il proposait dès lors le début des mesures de réinsertion pour lesquelles le psychiatre traitant avait exprimé son accord, avec les limitations signalées par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 décembre 2010, retranscrites comme suit :

« Limiter les mouvements et les charges de la colonne dorsale, éviter la position accroupie, à genoux, peut soulever, porter au maximum 10 kg, pas de façon répétitive.

*Sur le plan psychiatrique* : activité prévisible, exécutive, sans stress, dans un milieu accueillant.

*Sur le plan dermatologique* : éviter une ambiance humide. »

Le 13 décembre suivant, l'assuré a rencontré un collaborateur de l'OAI dans le cadre d'un entretien d'évaluation en vue d'une orientation professionnelle. Dans la note de suivi y relative, il était indiqué que la situation devait d'abord être stabilisée sur le plan médical, notamment psychologique, avant d'envisager des mesures de réinsertion. Cette position a été validée par le SMR. Le 19 décembre 2011, l'OAI a communiqué au recourant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.

A la demande de l'OAI, le Dr L. \_\_\_\_\_ a établi un nouveau rapport le 30 mars 2012. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent était maintenu et le diagnostic de trait de personnalité dyssociale (F 60.2) était posé comme n'affectant pas la capacité de travail. Le psychiatre décrivait un patient déprimé, aboulique, progressivement en retrait au niveau du lien social. Le pronostic de la maladie psychiatrique était subordonné à l'évolution de la problématique dermatologique, et des mesures médicales, sous forme de traitement efficace de la problématique dermatologique, pouvaient réduire les restrictions. Le Dr L. \_\_\_\_\_ indiquait par ailleurs ne pas avoir attesté d'incapacité de travail et rapportait, dans l'annexe au rapport, un certain nombre de limitations fonctionnelles.

Après examen du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, le SMR a constaté qu'il ne permettait pas de prendre position sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré ; il a de ce fait préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 16 octobre 2012 par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport rédigé le 24 octobre suivant, il a retenu pour seul diagnostic une dysthymie (F 34.1), laquelle n'affectait pas la capacité de travail. Le Dr V. \_\_\_\_\_ appréciait la situation comme il suit :

« Assuré de 46 ans, originaire de Turquie, arrivé en Suisse en 1988 comme réfugié politique, ayant travaillé de 1990 à 2003 comme ouvrier, réviseur de citernes et aide-chauffagiste, ne travaillant plus

depuis 2003, dépose une demande de prestations AI en date du 19 novembre 2010 dans le sens d'une rente, pour dorso-lombalgies depuis 2003, infection virale et mycose et herpes des parties génitales 2005, gonalgies droites.

L'examen psychiatrique du 16 octobre 2012 met en évidence :

- o Les éléments d'un tableau dépressif de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnesticque sans trouble de concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil préservé par les médicaments, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec à raison de 80% du temps, des moments où il se sent moins bien et s'isole, à raison de 20% du temps des moments où il se sent mieux et rencontre des amis. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines des périodes pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré.
- o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant,
- o Une absence de symptomatologie floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité,
- o L'existence d'une symptomatologie algique, sans grande intensité ni détresse.

L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité psychiatrique, dans la mesure où l'intensité d'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité et de repli social, ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Il est à noter que le tableau algique est somme toute fluctuant et tout particulièrement, selon les dires de l'urologue, les douleurs génitales semblent saisonnières et donc nous ne pouvons envisager une affection sans rémission durable, l'état psychique cristallisé apparaît assez clairement, l'échec au traitement ne peut être envisagé dans la mesure où le psychiatre traitant précise une absence de symptomatologie significative pour une incapacité de travail médicalement attestée. L'ensemble des critères de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Nous avons pris bonne note du rapport médical, en date du 08 décembre 2010, sous la signature du médecin généraliste traitant, qui précise des diagnostics de dorso-lombalgies chroniques depuis

2003, Tinea Corporis et herpès génital depuis 2005, gonalgies bilatérales droites-gauches depuis 2009 et une incapacité de travail médicalement attestée à 100% sans préciser de date de début de cette incapacité. Les diagnostics retenus ne font pas partie de notre domaine de compétences.

Pour ce qui concerne les rapports médicaux sous la signature du psychiatre traitant, en date des 08 février 2011 et 30 mars 2012, qui envisage des diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent F33 et traits de personnalité dyssociale, nous rappellerons que selon la CIM-10, les diagnostics de trouble dépressif récurrent ne peuvent être envisagés que s'il existe un diagnostic d'épisode dépressif initial attesté, traité et résolutif suivi d'une période blanche avant un second épisode dépressif, or l'anamnèse ne nous renseigne pas sur une telle situation. Nous ne pouvons donc, selon les critères CIM-10, envisager ce type de diagnostic.

Pour ce qui concerne les traits de personnalité dyssociale, il nous paraît important de préciser que nous n'avons pas retrouvé d'élément permettant d'envisager un trouble de personnalité dyssociale, et rappellerons que la personnalité dyssociale ne fait pas partie des champs d'applications de l'Assurance-Invalidité.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 16 octobre 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

#### **Les limitations fonctionnelles**

Aucune sur le plan psychiatrique

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

Sans objet sur le plan psychiatrique

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

Sans objet sur le plan psychiatrique

#### **Concernant la capacité de travail exigible**

- Dans l'activité habituelle : sur le plan psychiatrique : 100%
- Dans une activité adaptée : sur le plan psychiatrique : 100%

**Influence sur la réadaptation professionnelle :** nous ne voyons pas de raison médicale, d'ordre psychiatrique, à une réadaptation professionnelle. »

Dans un avis du 1<sup>er</sup> novembre 2012, le SMR a retenu que l'expertise psychiatrique ne révélait aucune pathologie incapacitante de ce registre, le trouble dépressif récurrent étant formellement récusé en

l'absence des critères requis par la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes). L'atteinte dermatologique n'était pas davantage à l'origine d'incapacités de travail de longue durée. Aux fins de compléter et finaliser l'instruction, le SMR proposait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Le mandat d'expertise rhumatologique a été confié au Dr M. \_\_\_\_\_, médecin-chef au Centre médical de [...], et réalisé les 20 et 22 avril 2013. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a adressé son rapport le 30 avril suivant. Il indiquait notamment ce qui suit :

#### **« DISCUSSION GLOBALE ET APPRECIATION**

Ce patient présente une longue histoire de douleurs articulaires, que le patient met en relation avec des traumatismes – probablement peu importants, hormis peut-être l'épisode avec une armoire qui aurait basculé sur celui-ci, le tout s'inscrivant dans un contexte socio-familial complexe, avec plusieurs séparations, liées selon le patient à la fois à sa maladie sexuellement transmissible qu'à la violence qu'il a développé avec le temps envers l'autrui.

Dans ce contexte, il est sans emploi fixe depuis plusieurs années, ayant eu quelques activités annexes, mais il est actuellement à l'aide sociale. Devant cette situation sociale difficile, on lui suggère une demande AI vers une rente. Une 1<sup>ère</sup> expertise, psychiatrique, faite par le Dr V. \_\_\_\_\_, ne démontre pas de psychopathologie invalidante au sens de l'AI. Devant un tableau somatique, peu clair, M. R. \_\_\_\_\_ nous est adressé en expertise pour clarification.

En effet sur le plan somatique. M. R. \_\_\_\_\_, a de nombreuses plaintes, peu organisées, touchant tant le rachis que les articulations périphériques, qui ont fait l'objet de l'analyse et l'expertise actuelle. C'est très difficile à avoir une anamnèse claire de la part du patient, qui part dans différentes idées et nous apporte des documents afin d'attester de son incapacité de travailler.

Sur la base de l'examen clinique, nous constatons un patient se plaignant de douleurs pouvant entrer dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Nous n'avons pas des points de fibromyalgie, ni les plaintes qui pourraient y correspondre selon la définition ACR 2010 de la fibromyalgie, par contre un examen entaché par de nombreuses auto-limitations (à savoir des limitations sur douleurs de nombreux mouvements), voir par moment même un tableau douloureux très floride mais inconstant (cf p.12).

Ainsi, sur le plan somatique, nous n'avons pas de pathologie claire, hormis un syndrome fémoropatellaire associé à des troubles dégénératifs peu importants et des rachialgies chroniques sur déconditionnement musculaire, sans donner droit à une atteinte à la santé, invalidante sur le plan asséculo-logique.

C'est néanmoins clair que l'activité comme aide-chauffagiste selon l'exigibilité physique de la DOT [Dictionary of Occupational Titles], n'est plus atteinte. Par contre dans une activité adaptée, selon les

données ergonomiques, la capacité est – sur le plan orthopédique – pleine.

## **REPONSES AUX QUESTIONS**

[...]

### **4) Diagnostics (si possible selon la classification ICD-10)**

4.1 : Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Rachialgies chroniques dans un cadre d'un trouble somatoforme (2005)

a. Discrets troubles dégénératifs étagés

Cervicoscapulalgies chroniques (2010)

Syndrome fémoropatellaire bilatéral

b. Arthrose fémoropatellaire

Déconditionnement physique et psychique

4.2 : Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents ?

Herpes simplex de la verge récidivante (2009)

[...]

## **B) Influences sur la capacité de travail**

### **1) Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Au plan physique

Selon l'évaluation de la capacité fonctionnelle faite dans le cadre d'une évaluation psychophysique, avec des auto-limitations sous la forme de douleurs limitant les performances dans les ports de charges et des postures, une activité physique permettant une alternance des postures assise debout, des ports de charges sol-taille de 5 kg et des ports de charges horizontales bimanuelles à 10 kg peuvent se faire à un taux complet. Pour le profil de rendement veuillez vous référer aux pp 25 et suivants.

Au plan psychique et mental

Aucun

Au plan social

Inconnu

## **2) Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

2.1 : Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'activité comme aide-chauffagiste n'est plus adaptée, vu que les contraintes au niveau des genoux, rendent la genu-flexion difficile et limitée, tout comme les ports de charges actuels insuffisants.

2.2 : Description précise de la capacité résiduelle de travail

Comme aide-chauffagiste : 0%

2.3 : L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Non.

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

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

2010.

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

Pas d'évolution. (des nombreux arrêts de travail ont été donnés pour des courtes périodes après).

## **C) Influences sur la réadaptation professionnelle**

### **1) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Oui de suite, mais dans une activité adaptée.

### **2) Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non

[...]

### **3) D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?**

Oui

3.1 : Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Il faut une alternance de postures, des ports de charges limités comme notés dans l'évaluation des capacités fonctionnelles, bien étayés sous profil de rendement dès la p. 25 et suivantes.

3.2 : Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

A 100% sur le plan orthopédique.

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

Oui de 10-15% »

Le SMR a établi son rapport le 24 mai 2013. Il mentionnait comme diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité des cervicoscapulalgies chroniques et rachialgies dans le cadre d'un trouble somatoforme, un déconditionnement physique et psychique et un herpes génital. Comme atteinte principale à la santé, il retenait un syndrome fémoro-patellaire bilatéral, atteinte qui interdisait la poursuite de l'activité d'aide-chauffagiste, souvent pratiquée à genoux. Les limitations fonctionnelles se traduisaient par une alternance des postures et un port de charge limité. Depuis 2010, la capacité de travail était nulle comme aide-chauffagiste ; dans une activité adaptée, elle était de 100%, avec la précision que le SMR ne voyait pas ce qui pouvait diminuer le rendement de 10-15%.

Le 31 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente d'invalidité. Il résultait du projet de décision notamment ce qui suit :

**« Résultat de nos constatations :**

Le 19.11.2010, vous avez déposé une demande de prestations.

Vous exercez l'activité d'aide-chauffagiste.

En raison de votre atteinte à la santé et au vu des éléments médicaux en notre possession, dont les rapports établis suite aux expertises des 16.10.2012 et 20.04.2013, votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle.

Vous conservez néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Nous comprenons par cela tout poste de travail qui permet l'alternance des postures ainsi que le port de charges limité.

Par exemple, les activités d'aide-magasinier en matériel léger, chauffeur-livreur en pharmacie ou boulangerie et manutentionnaire sont tout-à-fait exigibles à 100%.

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 2009, CHF 4'907.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2009, 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 2009 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'103.28 ( $\text{CHF } 4'907.00 \times 41,6 : 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'239.36.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2009 à 2018 [*recte* : 2012] (+1.8% [*recte* : + 0.8% + 1% + 0.8%] ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'845.34 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'560.81 en 2012.

Sans atteinte à la santé et dans votre ancienne activité d'aide-chauffagiste, vous pouviez prétendre en 2012 à un revenu annuel de CHF 45'339.00.

Vous ne subissez donc aucun préjudice économique en exerçant des activités adaptées à votre état de santé.

Vous pouvez bénéficier d'une aide au placement en raison de vos limitations fonctionnelles. »

Par communication du 1<sup>er</sup> novembre 2013, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit au placement, sous forme de conseil et soutien pour la recherche d'un emploi.

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision le 2 décembre 2013. Singulièrement, il mettait en doute la valeur probante de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, soulignant que l'impact de l'atteinte dermatologique dans l'apparition et l'évolution des troubles psychiatriques ne pouvait être passé sous silence, la modification du caractère, particulièrement l'apparition d'épisodes de violence, laissant envisager une modification de la structure de la personnalité en raison d'une pathologie somatique persistante. Il critiquait également la mise en œuvre de l'expertise psychiatrique antérieurement à l'expertise rhumatologique, de sorte que l'expert psychiatre n'avait pu se prononcer sur la base d'un dossier complet. Il concluait ainsi à la reprise de l'instruction et la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, dermatologique, rhumatologique et psychiatrique.

Le SMR s'est prononcé dans un avis du 25 mars 2014, relevant que son rapport du 24 mai 2013 se fondait sur l'expertise rhumatologique, l'expertise psychiatrique et un avis dermatologique. Particulièrement, il relevait que l'atteinte dermatologique consistait en une forte suspicion d'herpès génital, le Dr K.\_\_\_\_\_ décrivant, dans son rapport du 27 avril 2007, des lésions muqueuses du gland apparaissant de manière intermittente en 3-4 poussées par année. De l'avis du SMR, cette description semblait suffisante pour retenir que l'atteinte n'était pas de nature à justifier des incapacités de travail de longue durée. S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'expert ne retenait aucun diagnostic incapacitant, le diagnostic de dysthymie étant considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail, et récusait formellement le trouble dépressif précédemment retenu par le Dr L.\_\_\_\_\_ en l'absence des critères requis par la CIM-10. Sur le plan rhumatologique, l'expert retenait les diagnostics de rachialgies chroniques dans le cadre d'un trouble somatoforme et de

discrets troubles dégénératifs étagés, des cervicalgies chroniques, un syndrome fémoro-patellaire bilatéral sur arthrose fémoro-patellaire et un déconditionnement physique et psychique. Le SMR niait dès lors, contrairement à ce que sous-tendait le recourant, que les pathologies non organiques n'avaient pas été considérées, le trouble somatoforme entrant dans cette catégorie. Il ajoutait que conformément à la jurisprudence, le trouble somatoforme n'était pas incapacitant en l'absence de comorbidité psychiatrique et des facteurs de gravité requis.

Par décision du 17 juillet 2014, l'OAI a maintenu son refus de droit à une rente d'invalidité.

**B.** R.\_\_\_\_\_ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 15 septembre 2014, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu depuis la date que Justice dira, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il reproche l'absence d'instruction sur le plan dermatologique, alléguant que le trouble dermatologique a vraisemblablement un impact sur le trouble psychique selon le psychiatre traitant et justifie une limitation fonctionnelle, savoir éviter une ambiance humide, admise par l'intimé en 2011. Par ailleurs, il conteste la valeur probante de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ au motif que l'anamnèse est incomplète (les deux tentatives de suicide notamment ne sont pas mentionnées), repose sur des examens incomplets (absence de sérologie), les points importants pour l'évaluation de la situation ne sont pas discutés (notamment le diagnostic de trouble de la personnalité), que le rapport est antérieur de dix-huit mois à la décision litigieuse et est contredit par l'avis des psychiatres traitants établi en juin 2014, lesquels posaient les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de retard mental léger (F 70). En outre, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son avis du 15 septembre 2011 (activité prévisible, exécutive, sans stress, dans un milieu accueillant) n'ont pas été reprises dans la décision attaquée. Il relève également que l'expert rhumatologue pose le diagnostic de

rachialgies chroniques dans le cadre d'un trouble somatoforme, alors que l'expert psychiatre exclut le diagnostic de trouble somatoforme, à l'instar des psychiatres traitants. Il souligne que l'expertise rhumatologique décrit de manière détaillée les limitations fonctionnelles alors qu'elles ne sont reprises que très partiellement dans la décision litigieuse, l'intimé n'ayant en outre admis qu'un abattement de 10% sur cette base, soit la limite inférieure préconisée par l'expert, ignorant de surcroît les limitations fonctionnelles dermatologiques. Il énonce également que des examens médicaux - sur le plan rhumatologique - sont en cours et se réserve de produire des pièces complémentaires. Au terme de son écriture, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) neutre, avec éventuellement avis d'un expert dermatologue, subsidiairement d'une expertise psychiatrique neutre.

Le recourant produit notamment le rapport médical des Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Centre de psychiatrie et psychothérapie X.\_\_\_\_\_, rédigé le 17 juin 2014 en ces termes :

« Le patient est connu de notre Centre depuis décembre 2013. Lors des entretiens, nous avons observé qu'il présente une propension à se plaindre et semble à la recherche de reconnaissance auprès des intervenants. Il a un discours globalement pauvre et maîtrise moyennement le français. Nous avons pu constater que M. R.\_\_\_\_\_ manifestait une tristesse, avec le sentiment d'être laissé pour compte, ainsi qu'un pessimisme, avec des idéations négatives pour son avenir personnel (présence d'idéations suicidaires passagères, sans scénario précis).

Le patient évoque, durant les entretiens, ses grandes difficultés financières et son inquiétude par rapport à l'évolution de sa maladie. M. R.\_\_\_\_\_ rapporte également des retentissements de la maladie sur sa vie sociale et familiale, se sentant rejeté par son entourage.

Sur le plan du status psychiatrique, il s'agit d'un patient faisant plus que son âge biologique, à la tenue et l'hygiène sans particularités. Il se déplace avec une canne. Il est bien orienté aux trois modes, calme et collaborant durant l'entretien. Nous n'observons pas de ralentissement psychomoteur. Le patient présente une thymie triste. L'affect est adéquat. M. R.\_\_\_\_\_ verbalise des troubles du sommeil, une fatigabilité, il pleure parfois durant les entretiens, présente depuis des années des douleurs au dos (survenues suite à un accident de travail) ainsi que des douleurs au niveau des

articulations. Le discours est informatif et il n'y a pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Le patient rapporte des hallucinations visuelles vespérales. Le patient nie l'utilisation d'alcool ou d'autres produits illicites.

Au vu de ce qui précède, nous avons opté pour retenir les diagnostics de :

- Episode dépressif moyen avec syndromes somatiques (CIM-10 : F 32.11) ;
- Retard mental léger (QI de 53) (CIM-10 : F 70) ;

Malgré le tableau clinique atypique, nous ne nous sommes pas orientés vers le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié en raison de l'absence de plaintes somatiques multiples, variables, persistantes, répondant au tableau clinique d'une somatisation.

A l'heure actuelle, sur la base de notre dernière évaluation psychiatrique, il nous semble que le patient dispose de peu de ressources pour élaborer la situation dans laquelle il se trouve, situation qui semble s'être cristallisée ces dernières années. Au vu de ce qui précède, nous estimons que le pronostic est réservé. »

Par décision du 16 septembre 2014, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 septembre 2014 et désigné Me Anne-Sylvie Dupont en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 14 octobre 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que le rapport d'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante, que le rapport du SMR du 24 mai 2013 est fondé sur l'ensemble des pièces médicales au dossier et que l'abattement de 10% retenu sur le revenu d'invalidé tient compte de toutes les limitations fonctionnelles présentées par le recourant. Il produit en outre l'avis médical du 7 octobre 2014 du SMR, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Le recours est accompagné d'un rapport médical du centre de psychiatrie X. \_\_\_\_\_ du 17 juin 2014. Ce rapport nous révèle deux éléments diagnostics différents de ceux retenus par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son expertise. En effet un épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques F 32.11 est retenu par les psychiatres des X. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un retard mental léger F 70 (QI de 53). Toutefois on note que dans leur appréciation ces médecins observent « *une propension de l'assuré à se plaindre et semble à la recherche de reconnaissance* ». Les difficultés financières qui n'entrent pas dans le champ d'appréciation médicale de notre compétence sont largement évoquées par l'assuré. Par ailleurs le tableau clinique

décrit n'est pas incompatible avec un tableau de dysthymie tel que mentionné par la CIM-10 en phase de dépression de l'humeur. L'assuré présente une thymie abaissée mais il n'existe pas de ralentissement psychomoteur et l'affect est adéquat. Il n'y a pas non plus de trouble du cours ou du contenu de la pensée selon le rapport X.\_\_\_\_\_.

Au vu de ces éléments nous pensons qu'il s'agit seulement d'une appréciation diagnostique différente d'une même situation clinique par deux experts différents, sans pour autant retenir d'éléments nouveaux. Quant au diagnostic de retard mental léger F 70, qui n'a pas été mentionné dans l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, nous considérons qu'il s'agit d'un élément existant depuis toujours chez l'assuré, ce qui ne l'a pas empêché de mener une vie professionnelle et socio-affective normale jusque-là. Il ne s'agit donc pas d'un élément objectif nouveau susceptible de modifier nos conclusions relatives à la capacité de travail de l'assuré. La valeur indiquée du QI, estimé à 53, nous paraît par ailleurs assez peu conforme avec le parcours de vie mené jusqu'à ce jour par l'assuré (les personnes qui ont un tel QI évoluent en général en milieu encadré et protégé) et il est possible que le facteur linguistique ait joué un rôle négatif lors de cette évaluation, qui n'est pas jointe au rapport. De manière générale, nous notons que les psychiatres X.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas dans leur rapport sur la capacité de travail de l'assuré au plan psychiatrique et qu'en conséquence rien ne vient contredire notre évaluation sur ce plan.

En conclusion nous sommes d'avis de considérer que le rapport médical accompagnant le recours de l'assuré n'apporte pas d'élément médical objectif nouveau susceptible de modifier notre appréciation médicale de la situation. En tout état de cause les diagnostics retenus par les psychiatres X.\_\_\_\_\_ ne sont pas incompatibles avec nos conclusions relatives à l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré au plan psychiatrique. »

Le 6 novembre 2014, le recourant réitère sa requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, incluant un volet rhumatologique voire dermatologique. Il rappelle ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_ et produit un courrier du Centre de psychiatrie et psychothérapie X.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2014, rédigé en ces termes :

« M. R.\_\_\_\_\_ bénéficie d'une prise en charge au Centre X.\_\_\_\_\_ depuis le mois de novembre 2013. Le rapport médical établi dans notre unité se base sur l'évolution psychiatrique que nous avons observée à partir de cette date-là. En effet, M. R.\_\_\_\_\_ verbalisait lors des entretiens la présence d'idéations suicidaires sans scénario précis ce que nous avons évoqué dans notre rapport médical. Concernant la tentative de suicide, nous avons bien été informés de cet événement qui a eu lieu, selon les dires du patient, il y a trois ans (fin 2010, début 2011) sans aboutir à une hospitalisation en milieu psychiatrique. A présent, nous estimons que sur le plan psychique l'incapacité de travail est totale dans toutes les activités.

Malgré le traitement adapté et l'adhérence à la psychothérapie proposée, le pronostic est réservé. Le déficit mental, l'isolement ainsi que les douleurs rapportés par le patient pourraient, à l'avenir, interagir sur l'évolution de la maladie. »

Le recourant produit également un second courrier du centre précité, attestant d'une hospitalisation à la Clinique F. \_\_\_\_\_ dès le 23 octobre 2014, pour une durée indéterminée.

Dans sa duplique du 24 novembre 2014, l'OAI se réfère à l'avis SMR du 17 novembre 2014. Le service médical admet que le rapport du 26 septembre 2014 porte effectivement sur la période s'étendant de novembre 2013, début du suivi de l'assuré au Centre X. \_\_\_\_\_, à la date de la décision en juillet 2014. Il ajoute que l'hospitalisation récente à F. \_\_\_\_\_, bien que postérieure à la décision, apporte un éclairage nouveau sur l'évolution de la situation psychique de l'assuré en rendant plausible une aggravation objective, mais il lui est impossible de dater cette aggravation, notamment de savoir si elle est antérieure à la décision de juillet 2014. Le SMR préconise la poursuite de l'instruction, notamment en obtenant le rapport d'hospitalisation de F. \_\_\_\_\_ lorsque l'assuré aura quitté l'établissement, aux fins d'apprécier à quand remonte l'aggravation et déterminer si une nouvelle évaluation psychiatrique est nécessaire. L'OAI précise en outre que l'état de santé du recourant s'est *a priori* aggravé postérieurement ou de quelques mois antérieurement à la décision litigieuse, ce qui n'ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité.

Le 3 décembre 2014, le recourant produit la lettre de sortie établie le 11 novembre 2014 par la Clinique F. \_\_\_\_\_, faisant suite à son séjour du 22 octobre au 7 novembre 2014. Le diagnostic principal retenu est un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) ; un trouble mixte de la personnalité (F 61.0) est noté comme comorbidité. L'hospitalisation s'est faite en raison d'une symptomatologie dépressive accompagnée de risques hétéro-agressifs. Les éléments de l'anamnèse relatent un patient ne bénéficiant plus de l'aide sociale en raison d'irrégularité de sa part, un conflit avec son ex-épouse qu'il a menacé de tuer, un herpès génital qui le fait beaucoup souffrir, des difficultés socio-économiques et la présence d'idées suicidaires. A

l'admission, le patient était tendu, moyennement collaborant, soigné, orienté aux deux modes, présentant une tristesse, une anhédonie, une irritabilité, des difficultés de concentration, avec des idées suicidaires passagères, un discours pauvre, cohérent dans le contenu et dans la forme, sans élément hallucinatoire. Sous « discussion et évolution », il est noté que le cadre rassurant et structurant de la clinique ainsi que la poursuite du traitement pharmacologique a permis un amendement progressif des idées hétéro et auto-agressives ; la structure de personnalité du patient l'avait mené à diverses difficultés au cours du séjour (comportement inadéquat avec les femmes à plusieurs reprises ainsi qu'avec son voisin de chambre qu'il a menacé de tuer) mais une remise stricte du cadre avait eu un effet bénéfique sur le patient qui avait alors respecté les règles hospitalières et pu bénéficier d'activités thérapeutiques. Au terme du rapport, il est noté que le recourant a demandé sa sortie, laquelle fut acceptée en l'absence de critères de dangerosité, et qu'il poursuivrait le suivi avec la Dresse P.\_\_\_\_\_.

Dans ses déterminations du 6 janvier 2015, l'intimé confirme ses conclusions, produisant de surcroît l'avis SMR du 15 décembre 2014, rédigé notamment comme suit :

« On constate dans ce rapport du 11 novembre 2014 que le motif d'hospitalisation est outre la dépression, la prévention d'un risque hétéro-agressif. Ce risque est nouveau et n'a jamais été mentionné dans le rapport médical X.\_\_\_\_\_ où il n'est fait allusion qu'au risque auto-agressif. Le psychiatre de F.\_\_\_\_\_ retient comme diagnostic principal un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, F 43.22. Ce trouble par définition est réactionnel à des circonstances précises (dans le cas présent conflit avec l'ex-épouse et difficultés socio-économiques) et est de nature transitoire. Il n'existe malheureusement pas, dans ce rapport de sortie, d'éléments objectifs nous permettant de dater l'aggravation de la situation, si ce n'est qu'elle est vraisemblablement contemporaine de la date d'hospitalisation en octobre 2014.

Sur le plan somatique, l'assuré mentionne à son avocate des investigations rhumatologiques en cours, pour lesquelles nous ne disposons d'aucune information dans le dossier. Elles ne pourraient de toute façon que traduire la situation actuelle, donc postérieure à la date de la décision. Quant à l'affection dermatologique, elle a bien été prise en considération par l'expert psychiatre qui l'a considérée à travers le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2012 et par ailleurs la plainte génitale qui en est la conséquence est mentionnée à plusieurs reprises par l'expert au cours de son examen. Rappelons

que cette atteinte dermatologique n'a pas été retenue comme incapacitante du fait du faible nombre de poussées annuelles (3 à 4 selon le dermatologue) qui ne peuvent être à l'origine que d'interruptions de travail très temporaires. En synthèse on peut considérer que le dossier de l'assuré jusqu'à la date de la décision est complet et a bénéficié d'une instruction adéquate. Aucun élément actuellement au dossier ne nous permet de dater de manière objective une aggravation de l'état de l'assuré antérieurement à notre décision. »

Le 6 février 2015, le recourant maintient sa demande d'expertise, laquelle lui paraît d'autant plus justifiée au regard de l'incertitude dont le SMR fait état dans son dernier avis médical.

### **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).

La loi 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).

**b)** En l'occurrence, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux

autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.**           **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 17 juillet 2014, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité en l'absence de préjudice économique dans l'exercice d'activités adaptées à son état de santé ; particulièrement, sa capacité de travail était reconnue comme nulle dans sa profession habituelle (aide-chauffagiste), mais totale dans une activité adaptée. Le recourant critique l'appréciation de la situation médicale eu égard à ses troubles psychiques, dermatologiques et orthopédiques, justifiant notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le litige porte ainsi sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en novembre 2010, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit à une rente d'invalidité.

**3.**           L'invalidité se définit comme 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). 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 se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas

suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108).

**b)** 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).

En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

**5.** Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente des pathologies d'ordre psychique, dermatologique et orthopédique ; est en revanche discuté l'effet de ces pathologies sur sa capacité de travail et de gain.

**a)** En février 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, énonce le diagnostic de trouble dépressif récurrent comme affectant la capacité de travail, qu'il qualifie ensuite de moyen à sévère, sans symptôme psychotique, en voie d'amélioration. Le pronostic est compliqué par un trouble de la personnalité (retenu comme sans répercussion sur la capacité de travail) et un herpès génital qui ne répond pas au traitement. Il ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ni sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée ; il estime cependant que l'état de santé de son patient est compatible avec le début de mesures de réinsertion. Dans son rapport rédigé une année plus tard, il maintient le diagnostic de trouble dépressif récurrent ; il ne mentionne plus le trouble de la personnalité mais le diagnostic de trait de personnalité dyssociale comme n'affectant pas la capacité de travail. Il décrit un patient déprimé, aboulique, progressivement en retrait au niveau social. Le Dr L.\_\_\_\_\_ énonce qu'un traitement efficace de la problématique dermatologique - subordonnée au pronostic de la maladie psychiatrique - peut réduire les restrictions, et précise ne pas avoir attesté d'incapacité de travail.

**aa)** Dans son expertise du 24 octobre 2012, le Dr V. \_\_\_\_\_ retient pour seul diagnostic une dysthymie n'affectant pas la capacité de travail. A l'examen clinique, il constate un moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec ruminations existentielles sans idées noires, une fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, l'absence d'anhédonie (l'assuré apprécie de sortir se promener, rencontrer ses amis, faire la cuisine, etc.), de repli social (il déclare quelques amitiés et des connaissances qu'il rencontre régulièrement) et de perte d'estime de soi (il se déclare travailleur et responsable), le sommeil étant préservé par les médicaments et l'appétit conservé. L'examen clinique n'a pas révélé de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante ni trouble de personnalité morbide. L'intensité du tableau dépressif de l'humeur, insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, et sa fluctuation évoquent de ce fait le diagnostic de dysthymie.

L'expert V. \_\_\_\_\_ précise en outre que les critères de la CIM-10 ne permettent pas d'envisager le diagnostic de trouble dépressif récurrent, lequel nécessite l'existence d'un diagnostic d'épisode dépressif initial attesté, traité et résolutif suivi d'une période blanche avant un second épisode dépressif, ce qui n'est pas révélé par l'anamnèse. S'agissant du diagnostic de trait de personnalité dyssociale, l'expert relève l'absence d'élément permettant d'envisager un trouble de personnalité dyssociale, ajoutant qu'une telle personnalité n'est en soi pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il mentionne également l'absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant et l'absence de critères de la CIM-10 du trouble de la personnalité. A cet égard, on soulignera que le diagnostic de trouble de la personnalité n'a pas été repris par le psychiatre traitant en mars 2012 ni évoqué par les psychiatres X. \_\_\_\_\_ en juin 2014. Le Dr V. \_\_\_\_\_ évoque encore l'existence d'une symptomatologie algique et un hypothétique trouble somatoforme qu'il ne retient pas compte tenu en particulier des plaintes sans grande intensité et de l'absence de détresse.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ conclut à l'absence de trouble psychiatrique influençant négativement la capacité de travail et à l'absence de limitations fonctionnelles.

**bb)** Les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée – avec examen clinique et étude des pièces au dossier de l'assurance-invalidité dont les rapports médicaux du psychiatre traitant –, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. Elles tiennent en outre compte des plaintes du recourant relatives à l'atteinte dermatologique, considérées au travers des rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_.

Les griefs du recourant émis à l'encontre de ce rapport d'expertise ne saurait mettre en doute sa valeur probante. Particulièrement, on constate, s'agissant des deux tentatives de suicide alléguées par le recourant dans son écriture du 15 septembre 2014, que le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis novembre 2010, ne fait état d'aucune tentative de suicide au travers de ses différents rapports. Il en va de même des Drs W.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du Centre de psychiatrie et psychothérapie X.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 17 juin 2014, lesquels ne mentionnent que la « présence d'idéations suicidaires passagères, sans scénario précis ». On constate toutefois que dans leur courrier du 26 septembre 2014 au conseil du recourant, ces derniers énoncent laconiquement avoir « bien été informés de [la tentative de suicide] qui a eu lieu, selon les dires du patient, il y a trois ans (fin 2010, début 2011), sans aboutir à une hospitalisation en milieu psychiatrique ». En aparté, on peut s'étonner que le Dr D.\_\_\_\_\_ – médecin généraliste traitant depuis mars 2009 – n'ait pas évoqué d'éventuels troubles psychiques de son patient lors de la rédaction de son rapport le 8 décembre 2010. Cela étant, à la lecture du dossier de l'OAI, une tentative de suicide – et non deux comme l'allègue l'intéressé dans son écriture de recours – est rapportée, laquelle aurait eu lieu avant Noël 2010, soit postérieurement au début des suivis par les médecin et psychiatre traitants. Cet élément ressort du rapport d'évaluation du 25 janvier 2011, établi sur la base des dires de l'assuré, à l'instar semble-t-il de l'allégation des psychiatres X.\_\_\_\_\_, et

aucune pièce médicale ne le rapporte antérieurement à l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, l'avis des psychiatres X.\_\_\_\_\_, émis dans leur rapport du 17 juin 2014, ne saurait faire échec aux conclusions de l'expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, comme tend à le soutenir le recourant. Ce rapport a fait l'objet d'un examen par le SMR en date du 7 octobre 2014, au terme duquel il est retenu l'absence d'élément médical objectif nouveau susceptible de modifier l'appréciation antérieure de la situation, les diagnostics retenus par les psychiatres n'étant en tout état de cause pas incompatibles avec les conclusions relatives à l'évaluation de la capacité de travail du recourant au plan psychiatrique. Singulièrement, le SMR relève la propension de l'assuré à se plaindre, l'allégation de difficultés financières qui ne sont pas de la compétence de l'assurance-invalidité et un tableau clinique compatible avec le diagnostic de dysthymie ; il conclut à une appréciation diagnostique différente (épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques) d'une même situation clinique. Le diagnostic de retard mental léger est quant à lui considéré comme un élément existant depuis toujours, n'ayant pas empêché le recourant de mener une vie professionnelle et socio-affective normale. Finalement, les psychiatres X.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré au plan psychiatrique. Dans leur rapport du 26 septembre 2014 cependant, soit postérieurement à la décision litigieuse du 17 juillet 2014, ils estiment désormais nulle la capacité de travail du recourant dans toute activité.

Dans ce prolongement, il est rapporté une hospitalisation du recourant du 23 octobre au 7 novembre 2014, en raison d'une symptomatologie dépressive accompagnée d'un risque hétéro-agressif. Dans son avis du 15 décembre 2014, le SMR constate qu'il n'était précédemment fait état que d'un risque auto-agressif, le risque hétéro-agressif étant nouveau. Il souligne par ailleurs que le diagnostic principal retenu est un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, trouble qui par définition est réactionnel à des circonstances précises, soit en l'occurrence un conflit avec l'ex-épouse et des difficultés

socio-économiques. Le SMR conclut qu'aucun élément objectif ne permet de dater l'aggravation de la situation, si ce n'est qu'elle est vraisemblablement contemporaine de la date d'hospitalisation en octobre 2014.

Les avis médicaux produits césans par le recourant n'amènent aucun élément attestant, au jour de la décision litigieuse, une péjoration de la problématique de santé psychique susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par le Dr V.\_\_\_\_\_. Tout au plus peut-on souligner, à l'instar de l'intimé, que l'aggravation alléguée est postérieure ou de quelques mois antérieures à la décision litigieuse, ce qui n'ouvrirait cependant pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI ; cf. consid. 3a *supra*).

**cc)** Sur le vu de ce qui précède, il convient ainsi de suivre les conclusions de l'expert V.\_\_\_\_\_ tendant à reconnaître au recourant une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, sans diminution de rendement. Rappelons à cet égard que le psychiatre traitant n'a pas attesté d'incapacité de travail, comme il le précise dans son rapport du 30 mars 2012.

**b)** S'agissant de l'aspect dermatologique, il ne résulte pas du dossier que les problèmes du recourant engendrent une incapacité de travail.

Dans son rapport du 27 avril 2007, le Dr K.\_\_\_\_\_ mentionne une forte suspicion d'herpès génital se manifestant trois à quatre fois par année. Il propose au recourant un traitement de Valtrex lors de la prochaine poussée et un examen dermatologique en cas de résistance au traitement. Or il appert qu'aucune consultation dermatologique n'a eu lieu (cf. avis SMR du 15 septembre 2011). Le SMR ne retient pas l'atteinte dermatologique comme invalidante eu égard au faible nombre de poussées annuelles qui ne peuvent être à l'origine que d'interruptions de travail très temporaires (cf. avis du 16 juin 2011, 25 mars 2014 et 15 décembre 2014). Il admet cependant, dans son avis du 15 septembre

2011, l'évitement d'une ambiance humide comme limitation fonctionnelle en lien avec la problématique dermatologique. A cet égard, on soulignera que le Dr D.\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de monteur en chauffage, en raison de la transpiration et du frottement cutané dans la partie génitale lorsque l'assuré devait se mettre en position accroupie, à genoux et lors de déplacement ; il préconisait un travail de bureau, limitant ainsi le mouvement et la macération cutanée notamment. Au terme de l'expertise rhumatologique, il est mentionné, outre une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-chauffagiste, l'évitement de la genu-flexion et l'alternance des positions assis et debout ; ces limitations, certes en lien avec le syndrome fémoropatellaire (cf. consid. 5c *infra*), s'inscrivent toutefois dans le prolongement de celles énoncées en décembre 2010 par médecin traitant.

Le recourant reproche l'absence d'instruction sur le plan dermatologique, alléguant que le trouble dermatologique a vraisemblablement un impact sur le trouble psychique. On rappellera que l'affection dermatologique a été prise en considération par l'expert psychiatre au travers du rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2012. Ce dernier a en outre relevé qu'un traitement efficace de la problématique dermatologique pouvait réduire les restrictions. On soulignera par ailleurs que les psychiatres X.\_\_\_\_\_ n'évoquent pas d'interaction des troubles psychiques avec l'atteinte dermatologique.

**c)** Sur le plan rhumatologique, le Dr D.\_\_\_\_\_ énonce dans son rapport du 8 décembre 2010 des dorsolombalgies chroniques et des gonalgies bilatérales, affectant la capacité de travail.

**aa)** Au terme de l'examen clinique des 20 et 22 avril 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ retient un syndrome fémoropatellaire associé à des troubles dégénératifs peu important et des rachialgies chroniques sur déconditionnement musculaire. L'expert mentionne une situation sociale difficile, avec des douleurs somatiques s'inscrivant dans un contexte socio-familial complexe, le développement avec le temps d'une violence envers autrui et l'absence d'emploi fixe depuis plusieurs années. Il fait

état d'un patient se plaignant de douleurs pouvant entrer dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, soulignant l'absence de points de fibromyalgie et des auto-limitations nombreuses ; ainsi, il pose le diagnostic de rachialgies chroniques dans un contexte de trouble somatoforme. Or comme souligné précédemment (cf. consid. 5a/aa *supra*), l'expert psychiatre - et à sa suite les psychiatres X.\_\_\_\_\_ - renonce à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ; ce diagnostic ne saurait dès lors être retenu en l'espèce.

Cela étant, l'expert, qui malgré un examen approfondi n'a pas constaté de pathologie claire, énonce que les rachialgies, les cervicoscapulalgies et le syndrome fémoropatellaire influencent la capacité de travail résiduelle du recourant, les douleurs limitant les performances dans les ports de charges et des postures. Il estime que la capacité de travail est nulle dans l'ancienne profession d'aide-chauffagiste, depuis 2010, en raison des contraintes au niveau des genoux rendant la genu-flexion difficile et limitée, tout comme l'insuffisance des ports de charges possibles. Dans une activité physique permettant une alternance des postures assise-debout, des ports de charges sol-taille de 5 kg ou horizontales bi-manuelles de 10 kg, une capacité de travail de 100% doit être reconnue, avec une diminution de rendement estimée à 10-15%. Relevons que dans le cadre de l'évaluation des capacités fonctionnelles du recourant, le Dr M.\_\_\_\_\_ a noté « une réelle sous-évaluation de la part du patient de ses propres capacités fonctionnelles comme le rel[evait] déjà le test global qui montre des performances nettement supérieures » (cf. p. 25 du rapport d'expertise).

**bb)** Les conclusions de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ doivent être suivies, étant précisé qu'elle souscrit aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4b *supra*). Ce rapport décrit clairement de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sur le plan somatique sont parfaitement motivées. Le fait que l'expertise psychiatrique soit au demeurant antérieure à l'expertise rhumatologique ne saurait préteriter l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_.

Le recourant n'amène aucun élément susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par l'expert rhumatologue. Partant, il y a lieu d'admettre qu'au plan rhumatologique, la symptomatologie présentée par le recourant ne contrevient pas à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies, au taux de 100%, avec une diminution de rendement de 10 à 15%.

**cc)** Dans son rapport du 24 mai 2013, le SMR se rallie à l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ quant aux diagnostics et limitations fonctionnelles (alternance des postures et port de charge limité), mais non s'agissant de la diminution de rendement.

A cet égard, on souligne qu'aux termes de sa décision, suivant son service médical, l'intimé retient, eu égard aux limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS] (cf. consid. 6b *infra*).

La jurisprudence fédérale précise que la notion de « diminution de rendement » se rapporte spécifiquement à l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail, alors que celle d'« abattement sur le salaire statistique » à la prise en compte des perspectives salariales de l'assuré dans l'estimation du salaire d'invalidé compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles (TF 9C\_289/2012 du 15 octobre 2012, consid. 3.2). *In casu*, le Dr M.\_\_\_\_\_ énonce qu'en raison de la nature de l'atteinte à la santé dont il est affecté, le recourant est incapable de travailler en qualité d'aide-chauffagiste mais est capable de travailler dans une activité adaptée avec un rendement proche de 85-90%. *A contrario*, l'intimé retient une capacité de travail de 100% avec un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles exposées par l'expert, procédant dès lors à une évaluation de l'invalidité incluant la diminution de rendement subie par le recourant. Le raisonnement de l'office intimé

semble ainsi confondre les notions de « diminution de rendement » et d'« abattement sur le salaire statistique » dans le cadre de la problématique de l'évaluation de l'invalidité. Cela étant, la prise en compte de la diminution de rendement subie par le recourant ne justifie pas, dans le cas particulier, de procéder, en sus, à un abattement sur le salaire statistique en raison de ses limitations fonctionnelles, l'évaluation de sa capacité de travail incluant déjà cet élément. De surcroît, les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé - somme toute communes au regard des pathologies diagnostiquées (alternance des positions assis-debout, port de charges de 5 kg sol-taille, 10 kg horizontales bimanuelles) - 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. Le recourant ne revendique par ailleurs aucun autre facteur de nature à le désavantager au moment d'un éventuel engagement.

**d)** Au vu des considérants qui précèdent, il convient de tenir pour établi que, nonobstant l'état douloureux, le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité physiquement adaptée telle que décrite au consid. 5c *supra*, avec une diminution de rendement de 10%.

**6.** Le recourant ne subit au demeurant aucun préjudice économique du fait de ses atteintes à la santé.

**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).

**b)** Le revenu d'invalidé a été établi à l'aide des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS]; le recourant ne critique pas cette référence, laquelle est admise à certaines conditions par la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Ainsi, établissant le revenu d'invalidé sur la base du revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service; TA1, niveau de qualification 4), avec indexation pour l'année 2012, l'intimé a estimé à 62'845 fr. le salaire exigible, avant abattement, montant qui ne fait pas l'objet de critiques et qui peut être confirmé.

Le revenu sans invalidité, fixé à 45'339 fr., a été déterminé selon les données figurant sur l'extrait du compte individuel du recourant (revenus perçus en 2009, indexés à 2012). Cette méthode ne prête pas flanc à la critique (cf. notamment ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; Circulaire de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n° 3019); elle n'est au demeurant pas contestée par le recourant.

Il s'ensuit que la comparaison du revenu sans invalidité, soit 56'560 fr. après abattement de 10% (cf. consid. 5c/cc *supra*), avec le revenu d'invalidé, soit 45'339 fr., révèle l'absence de préjudice économique; le recourant ne peut dès lors prétendre à une rente de l'assurance-invalidité.

Relevons au surplus que même à établir le revenu d'invalidé sur la base des données figurant sur l'extrait de compte individuel pour l'année 2011, soit 50'501 fr., montant à indexer à l'année 2012 (+ 0.8%; source: OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2014, que l'on peut consulter à l'adresse internet [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), la comparaison des revenus révèle également l'absence de préjudice économique.

**c)** Par surabondance, dans l'hypothèse où un abattement au taux maximum de 25% aurait pu être admis - étant rappelé que le Dr M.\_\_\_\_\_ estime la diminution de rendement entre 10 et 15% -, la solution ne serait guère différente, le recourant ne pouvant toujours pas prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. Singulièrement, le revenu d'invalidé déterminé selon l'ESS, soit 47'133 fr. 75 (62'845 fr. - 25%) comparé au revenu sans invalidité de 45'339 fr. révélerait toujours l'absence de préjudice économique. Quant à la comparaison du revenu d'invalidé estimé sur la base de l'extrait du compte individuel, soit 38'178 fr. 75 ([50'501 fr. + 0.8%] - 25%) d'avec le revenu sans invalidité de 45'339 fr., elle mettrait en évidence un préjudice économique de 7'160 fr. 25, soit un degré d'invalidité arrondi à 19%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente de l'assurance-invalidité.

**7.** L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, tant sur le plan psychique que somatique, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire telle que demandée par le recourant.

**8. a)** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours est rejeté.

**b)** Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office

ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**c)** Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Dupont a produit une liste de ses opérations le 7 août 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'138 fr. 40 (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 126 fr. 75 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Dupond s'élève donc à 2'265 fr. 15.

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

- I. Le recours déposé le 15 septembre 2014 par R.\_\_\_\_\_ est rejeté.

- II. La décision rendue le 17 juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil du recourant R.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'265 fr. 15 (deux mille deux cent soixante-cinq francs et quinze centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour R.\_\_\_\_\_)
- 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 :