

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien né en 1965, au bénéfice d'une autorisation d'établissement en Suisse depuis 1990, a travaillé comme mécanicien de production auprès de l'entreprise [...] SA dès 1993 et obtenu en juin 2000 un certificat fédéral de capacité de polymécanicien.

Le 29 juillet 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), se prévalant d'une atteinte à la santé de nature malade depuis le 22 novembre 2012, mentionnant un suivi auprès des Drs M._____ et N._____, respectivement spécialiste en médecine interne générale et spécialiste en médecine physique et réadaptation, renvoyant pour le surplus aux données figurant dans son dossier médical. Il a produit un rapport du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, daté du 15 avril 2013 et faisant état du diagnostic de lombalgies chroniques irradiant en direction de la face latérale externe de la cuisse gauche d'origine indéterminée, avec pour diagnostics différentiels une discopathie dégénérative L5-S1 et une pathologie inflammatoire musculotendineuse périrochantérienne gauche. Le Dr T._____ indiquait avoir gardé inchangée la capacité de travail de 50% attestée depuis février 2013 par le médecin traitant. Conformément à ce qui résultait du dossier de V._____, assurance perte de gain maladie, l'assuré avait perçu des indemnités journalières sur la base de différents certificats médicaux lui reconnaissant une incapacité de travail totale dès le 22 novembre 2012, de 50% dès février 2013 et à nouveau de 100% dès juin 2013.

Le Dr N._____, médecin à la Clinique L._____ à Lausanne, a adressé son rapport à l'OAI le 24 août 2013, indiquant traiter l'assuré en ambulatoire depuis le 17 juin précédent. Il a posé le diagnostic, existant depuis 2012 et affectant la capacité de travail, de syndrome somatoforme douloureux dans un contexte de lombosciatalgies chroniques gauches

(sévères dysbalances musculaires des érecteurs lombaires et des plans sous-pelviens, discopathie dégénérative mineur L5-S1 associée à une arthropathie postérieure), de cervico-scapulalgies bilatérales sans irritabilité neuroméningée, avec discopathie dégénérative mineure C4-C5, de douleurs articulaires multifocales sans atteinte inflammatoire, d'hypovitaminose D et de troubles anxio-dépressifs. Le Dr N. _____ faisait part de son appréciation et pronostic en ces termes :

« Appréciation

Monsieur B. _____ se plaint de douleurs articulaires multifocales, sans atteinte inflammatoire à l'examen clinique et au bilan sanguin, associées à des douleurs vertébrales sous forme de lombosciatalgies gauches et cervico-scapulalgies. Sur le plan fonctionnel, on déplore la présence de dysbalances musculaires des secteurs sous-pelviens, mais aussi des ceintures cervico-scapulaires à l'origine de contraintes mécaniques excessives, qui peuvent s'exprimer au niveau du socle lombo-pelvien, aux zones charnières vertébrales et d'une façon plus générale au niveau des zones d'insertion musculaire. L'activité posturale professionnelle : devant un tour, statique et en porte à faux et les mouvements répétitifs, ont certainement contribué à l'installation, puis à l'entretien de ce déséquilibre myo-fascial. Le tableau clinique actuel est évocateur d'une fibromyalgie. En effet, suite au traitement physique instauré, si le déséquilibre musculaire a déjà été influencé, par contre le patient ne parvient pas à ressentir un quelconque bénéfice, restant toujours figé aussi bien sur le plan comportement que physique, ne recherchant pas à utiliser les gains fonctionnels conquis. Autrement dit, nous sommes face à un mode mal adapté d'exprimer et de ressentir avec, en toile de fond, des implications socio-familiales. Compte tenu de l'histoire de ce patient et des échecs médicaux successifs, je ne pense pas qu'il soit judicieux d'envisager des mesures antalgiques instrumentales. A propos du bilan sanguin, la CRP et VS sont dans les normes. Seule la vitamine D est abaissée (55nmol/l), au taux inférieur des normes. Compte tenu des implications possibles sur des douleurs insertionnelles musculaires, une supplémentation est recommandée. Sur le plan structurel, la discopathie dégénérative L4/S1 est plutôt banale et ne peut expliquer l'importance [du] handicap fonctionnel décrit. A relever que l'examen IRM lombaire a permis d'exclure l'éventualité d'une sacro-iléite.

Pronostic : réservé dans l'état actuel

Sur le plan professionnel, le sujet devrait bénéficier d'un changement de poste de travail pour lui octroyer une activité en alternance posture, une discussion auprès de son employeur est en cours. Une exigibilité professionnelle sur le plan purement rhumatologique devrait être envisageable dans l'état actuel à 50%.

Une appréciation psychiatrique serait souhaitable pour mieux préciser le diagnostic et pour éclaircir les influences psychophysiques. »

Au terme de son rapport, le Dr N. _____ rappelait l'incapacité de travail, dans l'activité de technicien sur commande numérique, de 50% du 28 février au 30 mai 2013, de 100% du 1^{er} juin au 9 août 2013, et la reprise ensuite à un taux de 50% dans un poste adapté, avec la précision qu'un changement de poste de travail était indispensable pour accorder à l'assuré une alternance des postures.

Dans un rapport du 3 septembre 2013 à l'OAI, le Dr M. _____ a indiqué suivre l'assuré depuis novembre 2012, énonçant les diagnostics de syndrome de déconditionnement et tendomyogélose et nodulose de Copeman de la région lombaire et d'inflammation musculo-tendineuse de la région trochantérienne gauche comme affectant la capacité de travail. Il mentionnait un patient présentant progressivement, depuis quatre-cinq ans, des douleurs de la nuque irradiantes dans les épaules et les membres supérieurs avec diminution de la force, douleurs installées depuis un an environ au niveau lombaire et des membres inférieurs ; aucune évolution favorable ne résultait des consultations de différents spécialistes. Le Dr M. _____ considérait que l'assuré se trouvait dans l'incapacité de travailler en raison des douleurs (ceinture scapulaire, lombaire et dans les membres inférieurs), de son incapacité à effectuer un travail debout et du manque de travail en position assise chez son employeur, ainsi que des effets secondaires des médicaments (notamment Sirdalud) qui rendaient tout travail avec une machine dangereux. Cela étant, il attestait des incapacités de travail de 100% du 22 novembre 2012 au 10 mars 2013, de 50% du 11 mars au 2 juin 2013, puis à 100% dès le 3 juin 2013. Les restrictions étaient d'ordre physique, avec persistance des douleurs et baisse de la force au niveau des membres supérieurs et inférieurs, avec incapacité à rester dans une position debout ou assis à long terme ; une activité adaptée au handicap était cependant possible « dès maintenant », à 50%.

Le Dr M. _____ a remis différents avis médicaux, dont celui du 3 janvier 2013 du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Le Dr Z. _____ se disait rassuré par l'IRM lombaire et des sacro-iliaques pratiquée le 12 décembre 2012, laquelle ne démontrait aucune anomalie significative, juste une déshydratation du disque L5-S1 et peut-être une tendance au canal étroit en L4-L5, ainsi que par son examen du 28 décembre suivant, qui ne révélait aucun élément radiculaire aux membres inférieurs, un bilan vasculaire et des hanches sans particularité, et un rachis ne présentant pas de trouble statique, avec une mobilisation harmonieuse et complète. Le Dr Z. _____ considérait que les douleurs étaient donc plus liées à un syndrome de déconditionnement et à des tendomyogéloses et nodulose de Copemann de la région lombaire, soulignant au terme de son rapport avoir quelque peu « bousculé » le patient de peur qu'il ne s'installe dans un syndrome douloureux alors qu'il ne s'agissait que de simples lombalgies communes.

Dans un avis du 2 octobre 2013, le Dr J. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé que dans la situation de l'assuré, de type fibromyalgie, une expertise rhumatologique et psychiatrique s'avérait indispensable. Le 31 octobre suivant, il a rappelé que l'assuré souffrait de lombalgies sans net substrat organique, de douleurs diffuses et de troubles anxio-dépressifs. Le diagnostic de fibromyalgie ayant été évoqué par le Dr N. _____, et l'assurance perte de gain n'ayant pas mandaté d'expertise à ce jour, le Dr J. _____ confirmait la nécessité de mettre en œuvre l'expertise rhumatologique et psychiatrique précédemment évoquée.

Par communication du 27 mars 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'une évaluation médicale s'avérait nécessaire aux fins de clarifier son droit aux prestations et confiait la réalisation de l'expertise au spécialiste en rhumatologie R. _____ et au spécialiste en psychiatrie et psychothérapie S. _____. La communication précisait notamment que des objections fondées, portant sur le genre de l'expertise, la spécialité prévue de même que le nom de l'expert, pouvaient être formulées par écrit et adressées à l'OAI dans un délai de dix jours.

L'assuré n'a fait valoir aucune observation ni remarque à l'échéance du délai précité.

Le 21 mai 2014, le Dr N._____ s'est exprimé dans un rapport à l'attention de l'OAI sur un hallux rigidus droit traité le 30 avril précédant par une arthrodèse MTP (méta-tarso-phalangienne). Il expliquait qu'en 2010, le patient avait souffert d'un hallux rigidus gauche, traité d'abord par une chélectomie puis par une arthrodèse compliquée dans son évolution par une neuro-aglodystrophie, ayant entraîné différentes incapacités de travail. Le Dr N._____ ajoutait que son patient était au bénéfice d'un arrêt de travail depuis le 30 avril 2014, pour une durée évaluée à douze semaines au moins, et que la position debout était difficile, tant que l'arthrodèse n'était pas consolidée ; dès qu'elle le serait, l'assuré retrouverait théoriquement sa capacité de travail, en étant équipé de chaussures avec une barre de déroulement.

L'expertise rhumatologique a été réalisée le 18 juin 2014. Dans son rapport du 24 juin suivant, le Dr R._____ a précisé que ses constatations et conclusions reposaient sur son examen clinique, le dossier de l'assurance-invalidité, le dossier radiologique de l'assuré, complété par une ultrasonographie des épaules ainsi que des mains, coudes et genoux au jour de l'examen, auxquels s'ajoutaient l'examen prévu au mois de juillet par le Dr S._____ et leur entretien commun. Le Dr R._____ a posé, comme diagnostics affectant la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seuil de tolérance à la douleur) et une minime gonarthrose interne gauche stable (status post ménisectomie partielle de la corne postérieure en 2002) ; comme sans répercussion sur la capacité de travail, il énonçait notamment les diagnostics de syndrome lombovertébral récurrent chronique et cervico-brachialgies chroniques, tous deux sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et absence de trouble dégénératif ou de discopathie significative, de gonalgies bilatérales sans signes méniscaux ou ligamentaires, d'omalgies gauches sans signe de conflit ou de

tendinopathie et de status post-cure d'hallux residus gauche en 2010 et droit en 2014. Il appréciait ensuite la situation comme il suit :

« Nous sommes confrontés à un assuré de 49 ans, d'origine italienne, en Suisse depuis 1990, détenteur d'un permis C, divorcé, père de deux enfants vivant avec son ex-femme, ayant une formation de CNC, travaillant dans cette branche de 1993 à 2012 à 100%. Il est à l'arrêt de travail de longue durée depuis octobre 2012. Il a repris une activité à 20% comme aide de bureau dans la même entreprise depuis juillet 2013.

Du point de vue médical, il est connu pour les antécédents décrits au point 4.2.

Il décrit l'apparition de lombalgies à répétition depuis 1997 qui se sont exacerbées en 2011 et 2012, sans facteur traumatique déclenchant mais dans le contexte d'un stress au travail. Actuellement, il signale des douleurs poly et périarticulaires fluctuantes et migrantes touchant toutes les articulations ainsi que des rachialgies diffuses.

Au status de ce jour, on note d'une part un syndrome lombovertébral et d'autre part un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit cependant en avant-plan d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec présence de douleurs polyinsertionnelles et de signes de non organicité selon Waddell.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de discopathie significative tant au niveau cervical que brachial. Les troubles dégénératifs facettaires postérieurs décrits sont peu significatifs et compatibles avec l'évolution due à son âge. L'ultrasonographie des épaules est dans les normes, il n'y a pas de signe de tendinopathie ou de collection liquidienne intra-articulaire ou au niveau de la bourse. Le Score-Sonar est par ailleurs à 0/22 en mode palmaire et à 0/22 en mode doppler.

Du point de vue thérapeutique, concernant le rachis tant cervical que lombaire ainsi que les douleurs articulaires, l'assuré devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique avec mobilisation dans le but d'éviter un déconditionnement musculaire.

L'utilisation d'une ceinture lombaire pourrait être proposée surtout lors des ports de charges répétitifs en porte-à-faux et les longs déplacements.

Du point de vue médicamenteux, la poursuite de la même médication est de mise. L'adjonction d'une médication tricyclique pourrait permettre de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue de son exigibilité, concernant son ancienne activité de mécanicien CNC sur machines, estimant qu'il devait

effectuer quelques ports de charge de caissettes en porte-à-faux par jour, sa capacité de travail peut être estimée à 100% avec diminution de rendement de 10%. Dans une activité adaptée, en limitant les ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, sa capacité de travail peut être entière.

A notre avis, le bilan radiologique ne s'est pas péjoré. Les lésions restent non significatives. Il ne présente pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur. L'assuré peut rester assis durant l'entretien sans [ad]opter de positions antalgiques. Il se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide.

Dès lors on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie qu'il décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. L'impotence fonctionnelle, aux dires de l'assuré, sur son ancien lieu de travail résidant essentiellement dans le stress et le fait d'être seul devant les machines.

Seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu et qui, à notre avis, sont imputables à une diminution du seuil de tolérance à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles serait sujette à s'être péjorée ces dernières années. Celle-ci est probablement à corrélérer avec le contexte socio-économique de l'assuré.

Du point de vue bi-disciplinaire, après discussion avec le Dr S. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité habituelle est estimée à 100% avec diminution de rendement de 10% dans une activité adaptée est estimée à 100%.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant. »

Aux questions posées expressément par l'OAI, le Dr R. _____ a apporté les réponses suivantes :

« B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualificatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

L'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier répétitifs de plus de 10 kg répétitifs.

Du point de vue quantitatif :

Tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, dans son ancienne activité de mécanicien CNC, sa capacité de travail peut être estimée à 100%.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

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

L'assuré stoppe son activité professionnelle de mécanicien depuis novembre 2012. Il a repris une activité d'aide de bureau depuis juillet 2013.

Cependant, il n'y a que peu d'argument somatique pouvant expliquer l'ampleur de l'impotence fonctionnelle dans son activité professionnelle et d'expliquer la non reprise de son ancien poste. Seul l'assuré signale en effet, le fait d'être seul et d'un stress important, l'empêchant de reprendre cette activité.

[...]

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui. A 100%.

2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ?

Oui, de 10% en raison du vécu douloureux devenu chronique.

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

Depuis novembre 2012.

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

Il a repris une activité professionnelle d'aide de bureau depuis juillet 2013.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Des mesures de réadaptation pourraient être proposées dans une activité lui permettant d'alterner les positions et d'éviter les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg.

Les facteurs de mauvais pronostic sont la diminution du seuil de déclenchement à la douleur due à un syndrome de fibromyalgique et l'intime conviction d'une invalidité à long terme. Les facteurs de bons pronostics sont son âge, la bonne maîtrise du français, l'intelligence de l'assuré et l'absence de lésion structurelle sous-jacente significative.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Oui, en évitant les ports de charges répétitifs de plus de 5-10 kg.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Théoriquement bonne, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

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 ?

Cf. 2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

Tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, à 100% dès ce jour.

3.3 Y a-t-il une diminution de rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 9 juillet 2014, lors de laquelle l'assuré a été soumis à des tests psychométriques. Dans son rapport du 6 novembre suivant, le Dr S._____ a fait état, anamnestiquement, de l'absence d'éléments en faveur de troubles psychologiques de la petite enfance, de l'enfance ou de l'adolescence, avec une entente familiale harmonieuse, d'une séparation en bons termes avec son ex-épouse en 2001 et de la visite régulière de ses deux enfants, d'un travail intéressant et lui offrant beaucoup de liberté auprès de son employeur [...] SA ; rien ne laissait supposer dans les documents en possession de l'expert ou au vu des éléments anamnestiques que l'assuré ait souffert de troubles psychiques, et il n'y avait pas d'arguments pour des antécédents de tentatives de suicide, troubles thymiques, troubles anxieux, maladie de la dépendance, ou problème évoquant une décompensation psychotique. L'assuré souffrait depuis quatre ans de douleurs multiples et ne s'estimait pas en mesure de travailler, mais il paraissait globalement ambivalent. Sous « indications subjectives de l'assuré », le Dr S._____ a relevé ce qui suit :

« 2.1 Plaintes subjectives de l'assuré

M. B._____ se sent fatigué, ce qu'il attribue aussi à ses médicaments. Il a des douleurs multiples aux dos, au niveau des avant-bras et des poignets.

2.2 Fonctionnement psychosocial de l'assuré (hors professionnel)

M. B._____ se lève à 7h, en général se [promène] 30 min., va prendre un café, lire les journaux, rentre à la maison où il vaque à ses occupations. Il fait le repas de midi. Souvent il va se promener avec son amie, ils regardent la télévision. Il vit dans un appartement de 2,5 pièces. Il surfe sur internet. Il reprend un café, fait un peu de lect[ure], fait une promenade l'après-midi, rentre, regarde la télévision. Il va se coucher vers 22h. »

S'agissant des résultats des tests psychométriques, le Dr S._____ a fait part des informations suivantes :

« M. B._____ a réalisé les tests psychométriques dans un temps de passation relativement normal. Il existe une excellente concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation.

Le Hamilton 17 items plaide pour une symptomatologie dépressive subclinique, en concordance avec le Beck 21, qui est dans les normes, et le facteur *dépression* du SCL-90R qui est normal.

Le Hamilton *anxiété* est dans les normes, tout comme le test de Spielberger pour le facteur *anxiété-état* ou le facteur *anxiété* du SCL-90R.

Le SCL-90R donne un indice de *somatisation* et *symptômes divers* élevé, en rapport avec les plaintes somatiques. Tous les autres facteurs sont dans les normes, permettant d'attester de l'absence d'atteinte psychopathologique majeure sur l'axe I.

Cela explique par avance la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second, par définition, faisant le postulat de sincérité de son patient.

3.2.2 Personnalité

Le questionnaire des schémas de Young est sans particularité. On relève juste un score légèrement élevé pour *dépendance* et *incompétence* peut-être en lien avec sa situation professionnelle, isolement est sans signification. Les schémas *exigence élevée* et *tout m'est dû* sont très peu élevés, sans signification.

De même pour le questionnaire des attitudes parentales de Young ne donne pas de valeurs très dysfonctionnelles, si ce n'est *carence affective* peut-être en lien avec le fait de manquer d'attention et d'affection, mais le score est peu élevé, tout comme *échec*, et il n'y a donc pas d'indice en faveur de grave dysfonctionnement durant l'enfance. »

Faisant ensuite le compte-rendu de l'examen clinique du 9 juillet 2014, le Dr S._____ s'est exprimé en ces termes :

« M. B._____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité.

Il s'agit d'un homme de taille moyenne, présentant un embonpoint certain, habillé de manière assez soignée, à l'aspect hygiénico-vestimentaire conservé. Il fait légèrement plus âgé que son âge biologique. Il se montre tout à fait courtois, collabore, répond de manière claire et précise aux questions qui lui sont adressées. Il n'est jamais quérulent ou revendicateur. M. B._____ n'a pas non

plus l'air triste, ni anxieux, au contraire il affiche une certaine bonhomie. Il peut demeurer ainsi durant tous les tests psychométriques, l'entretien, indiquer ses douleurs, se déplacer, porter différents documents, sans jamais paraître dolent ou limité dans ses mouvements.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. M. B._____ s'exprime avec aisance en français. Jugement et raisonnement sont conservés.

L'examen clinique est dominé surtout par une symptomatologie somatique. Il n'y a pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. M. B._____ évoque une certaine fatigabilité, parfois des difficultés d'endormissement et un sommeil de mauvaise qualité, car il peine à trouver une position confortable. L'appétit paraît relativement normal (poids 87 kg pour 173 cm, BMI = 33.42). Il déclare qu'avec ses médicaments il manque de libido. Il n'y a pas d'anxiété permanente ni d'idéation suicidaire.

Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. M. B._____ ne souffre pas de phobie simple, de claustrophobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

M. B._____ ne consomme quasiment pas d'alcool, il n'y a pas de tabagisme ni prise de substances illicites annoncée.

M. B._____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique M. B._____ annonce des douleurs et des tensions au niveau des cervicales, des avant-bras, des genoux, des coudes et des poignets. Il a de la peine à conserver la position assise. »

Considérant que rien n'indiquait que l'assuré présente un trouble majeur de la personnalité, le Dr S._____ a retenu pour seul diagnostic un « trouble douloureux associé à la fois à des problèmes psychiatriques et à une affection médicale générale chronique », considéré comme n'affectant pas la capacité de travail. Il a ensuite fait valoir ce qui suit, au chapitre « discussion » :

M. B._____ est un homme né à [...] le [...].1965. Il a eu une enfance tout à fait normale, sans notion de carence affective ou de maltraitance. Il n'y a pas d'évidence en faveur d'une hérédopathie de troubles psychiatriques au sein de sa famille directe proche et étendue. Jusqu'au fait qui nous occupe, l'assuré a toujours bien fonctionné aux niveaux professionnel, social, familial et conjugal.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise, qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par M. B._____, leur incidence sur sa capacité de travail et l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le long entretien que nous avons eu avec M. B._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

Le tableau clinique est essentiellement dominé par des douleurs au niveau des cervicales, des avant-bras, des genoux, des coudes et des poignets, pour lesquelles une fibromyalgie ou trouble douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique peuvent être retenues. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique, en tous cas de symptomatologie psychique suffisante pour entrer dans le cadre d'un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère, ou d'un trouble anxieux spécifique. L'assuré ne présente pas de symptôme psychotique ni de maladie de la dépendance. Il n'y a pas non plus d'argument en faveur d'un trouble significatif de la personnalité. Les tests psychométriques sont concordants avec cela.

Proposition de traitement

Au niveau médicamenteux, la polypragmasie médicamenteuse ne paraît pas justifiée ni d'ailleurs n'a démontré son efficacité. Il faut surtout valoriser la relation médecin-malade et la prescription d'un antalgique simple comme le Dafalgan, s'il se justifie. Eventuellement l'introduction du Saroten (amitryptiline) peut être intéressante pour son effet antalgique et légèrement sédatif, qui devrait d'autre part améliorer le sommeil. Il faut surtout éviter la multiplication des investigations médicales à visée exploratoire ou thérapeutique face à tout nouveau symptôme, car le risque d'iatrogénèse est important. Concernant le traitement, l'assuré ne prend maintenant plus que le Pantoprazol 20 mg 1 cp/j, Minalgine 500 mg 3x/j.

Capacité de travail

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster 2, pour confirmer le caractère insurmontable autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort

de volonté suffisant est l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Ces critères s'appliquent aux points suivants :

- structure de personnalité
- éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides
- évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé »)
- présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive
- profits tirés de la maladie,
- échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet)

Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic.

M. B. _____ ne présente pas de comorbidité psychiatrique ni de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Rappelons que du point de vue médical, les symptômes anxio-dépressifs légers qui accompagnent parfois les douleurs chroniques constituent des manifestations réactives de celles-ci, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être retenu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique, d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux.

En d'autres termes, d'un point de vue strictement psychiatrique, sa capacité de travail médico-théorique est entière, et ceci dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, sans limitation fonctionnelle objective. Il paraît exister des éléments qui sortent du champ médical, tels l'âge et le contexte professionnel, qui peut-être expliquent l'identification à un statut de malade.

D'un point de vue psychiatrique, rien n'indique que l'assuré ait déjà présenté des symptômes psychiques justifiant une baisse de sa capacité de travail. »

Finalement, aux questions posées expressément par l'OAI, le Dr S. _____ a mentionné, s'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, une « légère émotivité parfois, troubles du sommeil » au plan psychique et mental, renvoyant à l'expertise du Dr R. _____ pour le plan physique. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail ; la capacité de travail était entière et sans baisse de rendement, l'activité exercée jusqu'ici étant encore exigible, ses troubles psychiques ne l'empêchant au demeurant pas de s'adapter à son environnement professionnel. Se déterminant sur les mesures de réadaptation professionnelle, il indiquait qu'il paraissait peut-être exister

des problèmes de motivation, lesquels sortaient du champ médical ; en ce sens, un reclassement professionnel paraissait périlleux. Par ailleurs, une prescription d'amitriptyline 25 à 50 mg/j. le soir pouvait éventuellement diminuer la perception de la douleur et permettre une légère sédation et une amélioration du sommeil. Le Dr S._____ énonçait finalement que toute activité médico-théorique adaptée à ses limitations somatiques, ses compétences et sa motivation, était exigible à 100%, sans baisse de rendement.

Dans un rapport SMR du 18 novembre 2014, le Dr J._____ a retenu une minime gonarthrose interne gauche et des lombalgies comme atteintes principales à la santé, un syndrome douloureux chronique polyinsertionnel, des cervicalgies et des gonalgies comme diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité. Se référant aux expertises des Drs R._____ et S._____, il a relevé que de manière consensuelle, les experts estimaient que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité habituelle, avec une diminution de rendement de 10% en lien avec les lombalgies et la gonarthrose gauche débutante, et la difficulté de porter des charges en porte-à-faux. Le syndrome douloureux chronique n'atteignait pas un degré de sévérité tel qu'il interférait avec toutes les modalités de la vie de l'assuré, et il n'était accompagné d'aucune comorbidité psychiatrique ; la capacité de travail était donc de 100% dans une activité adaptée, et ce dès juillet 2013. Le Dr J._____ estimait qu'aucune raison ne justifiait de s'écarter de l'avis des experts, lequel rejoignait celui des médecins traitants, soit celui des Drs N._____ et M._____.

Le 5 décembre 2014, 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 :

Vous exercez l'activité de mécanicien de production à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 22 novembre 2012. C'est à

partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 22 novembre 2013, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre capacité de travail est entière dans votre activité habituelle.

Toutefois, compte tenu de votre atteinte à la santé et de vos limitations fonctionnelles, seul un rendement de 90% dans ladite activité est exigible.

Bien qu'une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles, nous considérons que la meilleure mise en valeur de votre capacité de travail est la poursuite d'une activité de mécanicien de production à 100% avec une diminution de rendement de 10%.

Dès lors, comme vous pouvez prétendre à un salaire correspondant au 90% de celui perçu avant votre atteinte à la santé, votre préjudice économique résiduel est de 10%.

Votre préjudice économique étant inférieur à 40%, le droit à la rente n'est pas ouvert. »

L'assuré a fait part à l'OAI de ses observations sur le projet de décision le 23 janvier 2015. Il a produit un rapport du 29 avril 2014 du Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, adressé au Dr M._____, aux termes duquel le spécialiste retenait la présence d'une poussée polyalgique dans un contexte de fibromyalgie associé à des céphalées, les plaintes étant principalement localisées au niveau cervical, des deux épaules ainsi que dans la musculature du quadriceps ; à cela s'ajoutait une anxiété importante multi-factorielle aggravant le syndrome polyalgique. L'assuré estimait que les constatations du Dr D._____ étaient en contradiction évidente avec les rapports des experts R._____ et S._____. Il relevait également que dans son rapport intermédiaire, le Dr T._____ faisait état d'une invalidité de 50%, qu'il ne pouvait continuer à travailler, ne pouvant rester ni debout ni assis, et qu'il convenait de lui reconnaître une invalidité d'au moins 50%. Finalement, l'assuré contestait le choix de l'expert psychiatrique, soulignant que de nombreuses critiques avaient été formulées à son encontre dans la presse.

Le Dr J._____ du SMR s'est prononcé dans un avis du 3 février 2015, relevant que le Dr D._____ confirmait l'existence d'un syndrome polyalgique dans un contexte de fibromyalgie, ce qu'avait constaté le Dr R._____ lors de son expertise du 24 juin 2014. Il mentionnait qu'un syndrome douloureux de cet ordre n'était pas incapacitant au sens de l'assurance-invalidité, à moins d'être accompagné d'une comorbidité significative, ce qui n'était pas le cas chez l'assuré. Partant, le Dr J._____ considérait que les conclusions du rapport SMR du 18 novembre 2014 restaient entièrement valables.

Par décision du 5 mars 2015, l'OAI a maintenu son refus de droit à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement datée du 3 mars précédant, l'OAI résumait le contenu de l'avis SMR du 3 février 2015 et rappelait la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux persistants, auxquels était assimilé la fibromyalgie. Par ailleurs, s'agissant des critiques émises à l'encontre de l'expert S._____, l'office relevait que l'assuré n'avait jamais contesté le choix de l'expert, s'était soumis sans autre à son examen médical et n'avait fait valoir aucune contestation après sa réalisation ; le rapport d'expertise avait également été porté à sa connaissance et n'avait fait l'objet d'aucune critique de sa part.

B. B._____, représenté par l'avocat Paul-Arthur Treyvaud, a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 21 avril 2015, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que le droit à une rente d'invalidité correspondant au moins au taux de 50% lui est reconnu. En substance, il fait valoir qu'il présente, sur la base des rapports des Drs D._____ et T._____, à tout le moins une invalidité (*sic*) de 50%. Il se prévaut du rapport de la Clinique L._____, lequel retenait une incapacité de travail d'au moins 50%, avec un pronostic réservé, ainsi que de l'avis du Dr D._____ du 29 avril 2014, mentionnant l'existence d'une poussée polyalgique dans un contexte de fibromyalgie associée à des céphalées, avec péjoration de la situation depuis 2010 et absence d'efficacité des médicaments depuis 2013. Il affirme ensuite que contrairement au Dr D._____, le Dr N._____ ne l'a

pas rencontré avant de se prononcer, que le rapport de la Clinique L._____ émane d'une autorité indépendante et qu'il n'y a dès lors pas lieu de lui privilégier le rapport d'expertise pluridisciplinaire. Pour le surplus, le recourant renvoie aux critiques émises à l'encontre du Dr S._____ telles que figurant dans ses objections du 23 janvier 2015. Finalement, il soutient avoir mis en œuvre tout ce que l'on pouvait attendre de lui pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, se référant à l'ATF 127 V 294, qu'il produit.

Par décision du 23 avril 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 avril 2015 et désigné Me Paul-Arthur Treyvaud en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'OAI conclut au rejet du recours, soulignant, d'une part, la valeur probante des expertises des Drs R._____ et S._____ eu égard aux réquisits jurisprudentiels en la matière et, d'autre part, l'absence de critiques formulées à l'égard de l'expert psychiatre avant le 23 janvier 2015.

Répliquant le 7 septembre 2015, le recourant conteste que l'expertise pluridisciplinaire décrive clairement le contexte médical, ajoutant que doivent être niées tant la présence de troubles de courte durée que son absence d'efforts quant à la mise en œuvre de sa capacité résiduelle de travail.

Le 29 septembre 2015, l'intimé a confirmé le contenu et les conclusions de son écriture du 26 mai 2015.

Le 19 février 2016, le recourant a transmis à l'autorité de céans un rapport du Dr D._____, établi le 9 février précédant, dont on extrait ce qui suit :

« Voici quelques lignes à la demande du patient, je vois monsieur B._____ depuis la fin de l'année 2015 pour des douleurs polyalgiques diffuses. Selon l'anamnèse et le status, je confirme ce syndrome bien qu'actuellement les plaintes sont essentiellement rachidiennes, cervicales et lombaires. Il n'y a quasiment pas de

déficits de mobilité de la tête ni du rachis, mais des douleurs en fin de mouvement et à la palpation para-vertébrale. La palpation des points d'insertions de la grande musculature, occasionnent des douleurs. Mais celles-ci ne sont pas forcément spontanées. Il y a également une mauvaise qualité de sommeil et le patient se plaint d'une fatigue chronique. »

Ce rapport a été transmis à l'office intimé, pour information.

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 canton de Vaud, la procédure de recours est régie par 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès de l'autorité vaudoise compétente ; il 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) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en juillet 2013, 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. a) 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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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), s'il a présenté une

incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; 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). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

4. a) La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire, qui s'accompagne généralement d'une constellation de

perturbations essentiellement subjectives, telles que, notamment, la fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de détresse et des céphalées. Le diagnostic de fibromyalgie ne renseigne toutefois pas sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur leur pronostic que l'on peut poser dans un cas concret. Le Tribunal fédéral a dès lors estimé, en l'état actuel des connaissances, qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4 ; TF 9C_815/2008 du 29 mai 2009 ; cf. aussi ATF 139 V 346 consid. 2).

b) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux - ou d'une affection psychosomatique assimilée - suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie

de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

5. Le recourant s'en prend à l'appréciation médicale tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. A l'appui de sa demande déposée en juillet 2013, et particulièrement de son recours devant l'autorité de céans, il se prévaut de lombalgies, d'un syndrome polyalgique dans un contexte de fibromyalgie et de l'impossibilité à exercer une activité professionnelle à un taux supérieur à 50%, se référant aux avis médicaux des Drs N._____, T._____ et D._____, critiquant par ailleurs le Dr S._____ en sa qualité d'expert.

Face à l'évocation d'une fibromyalgie par les médecins traitants, l'office intimé a décidé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès des Drs R._____ et S._____. Dans le prolongement des considérations des experts, il a reconnu au recourant une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 10%, et nié le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

a) Au plan somatique, le Dr R._____ pose comme seuls diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seuil de la douleur) et une minime gonarthrose interne gauche stable. Il part des plaintes du recourant, savoir des rachialgies diffuses et des douleurs poly- et péri-articulaires fluctuantes et migrantes touchant toutes les articulations, et constate lors de son examen un syndrome lombovertébral récurrent et un syndrome cervico-brachial, tous deux sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Le dossier radiologique en sa possession révèle l'absence de discopathie significative tant au niveau cervical que brachial et des troubles dégénératifs facettaires postérieurs peu significatifs, compatibles avec l'évolution due à l'âge de l'expertisé. L'ultrasonographie des épaules réalisée au jour de l'expertise est dans les normes et démontre l'absence de signe de rupture, même partielle, l'absence de tendinopathie et une intégrité tendineuse conservée. Le Dr R._____ considère que le bilan radiologique ne s'est pas péjoré et que les lésions restent non significatives. Soulignons qu'en décembre 2012, ensuite de son examen et d'une IRM lombaire et des sacro-iliaques, le Dr Z._____ retenait un rachis sans trouble statique, avec une mobilisation harmonieuse et complète, l'absence d'élément radiculaire aux membres inférieurs et l'absence d'anomalie significative à l'IRM, juste une déshydratation du disque L5-S1, peut-être une tendance au canal étroit en L4-L5 ; il concluait à de simples lombalgies communes, avouant avoir quelque peu « bousculé » l'assuré de peur qu'il ne s'installe dans un syndrome douloureux (cf. rapport du 3 janvier 2013). Cela étant, le Dr R._____ note une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie décrite par ce dernier et les examens

cliniques et paracliniques effectués jusqu'au jour de l'expertise ; seules les douleurs, facteur subjectif, sont imputables à une diminution du seuil de tolérance à la douleur, due à un syndrome fibromyalgique. Selon lui, il n'y a que peu d'arguments somatiques pouvant expliquer l'ampleur de l'impotence fonctionnelle dans l'activité professionnelle et la non reprise de son ancien poste. Ainsi, les rachialgies, principalement lombaires, requièrent l'alternance des positions et limitent le port de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier à 5-10 kg. Estimant que l'assuré devait effectuer quelques ports de charge de caissettes en porte-à-faux par jour dans son ancienne activité de mécanicien sur machines, le Dr R._____ retient une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, avec une diminution de rendement de 10% en raison du vécu douloureux devenu chronique ; dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale, sans diminution de rendement.

L'expertise rhumatologique du 24 juin 2014 satisfait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et emporter la conviction (cf. consid. 3b *supra*). En effet, se référant de manière systématique au dossier médical et aux examens cliniques, l'expert R._____ a procédé à l'anamnèse utile et relevé les plaintes alléguées par le recourant. Il a ensuite procédé aux examens et observations cliniques nécessaires, complétant le dossier radiologique. La description du contexte médical est claire, l'appréciation du cas l'est tout autant, et les conclusions sont motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées.

Par ailleurs, ses constatations ne sont pas en opposition avec celles du Dr D._____, telles que posées deux mois avant l'expertise rhumatologique. Singulièrement, dans son rapport du 29 avril 2014, le Dr D._____ mentionne une poussée polyalgique dans un contexte de fibromyalgie associé à des céphalées, avec plaintes localisées au niveau cervical, des épaules et dans la musculature du quadriceps, et s'accompagnant d'une anxiété importante multi-factorielle. Au status, il fait état d'une bonne mobilité articulaire, d'une palpation douloureuse aux niveaux para-cervical et lombaire mais sans déficit de mobilité au niveau

rachidien ni au niveau périphérique. Il confirme par ailleurs le syndrome polyalgique dans son rapport du 9 février 2016, avec des plaintes essentiellement cervicales et lombaires, et mentionne la quasi-absence de déficits de mobilité de la tête et du rachis. Il s'avère dès lors que le syndrome polyalgique dans un contexte de fibromyalgie tel qu'énoncé par le Dr D._____ n'est pas un élément médical nouveau ou différent, mais une confirmation de ce que le Dr R._____ a constaté lors de son expertise du 24 juin 2014.

Quant au rapport du 24 août 2013 du Dr N._____, il n'est pas de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant du rapport du Dr R._____. Si le Dr N._____ aboutit à une évaluation différente de la capacité de travail, soit une exigibilité professionnelle sur le plan purement rhumatologique de 50% dans une activité en alternance de postures, il énonce un tableau clinique évocateur d'une fibromyalgie avec lombosciatalgies chroniques, une discopathie dégénérative mineure L5-S1 plutôt banale ne pouvant expliquer l'importance du handicap fonctionnel décrit, et des cervico-scapulalgies bilatérales. Eu égard à la jurisprudence relative à l'empathie du médecin rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b *supra*), on ne saurait dès lors accorder la préférence aux conclusions du Dr N._____, au demeurant antérieures à celles du Dr R._____. A cet égard, on soulignera que, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport du Dr N._____ ne résulte pas d'un mandat de l'OAI ; ce médecin n'intervient pas comme expert indépendant, mais bien comme médecin de l'assuré. En effet, dans sa demande de prestations du 29 juillet 2013, le recourant a expressément nommé le Dr N._____ et inscrit le 17 juin 2013 comme date de début du traitement ; corollairement, dans son rapport du 24 août 2013, le Dr N._____ mentionne un traitement ambulatoire par ses soins depuis le 17 juin 2013, et le dernier contrôle en date du 15 août 2013. C'est dès lors à tort que le recourant allègue, dans son acte de recours, ne pas avoir rencontré le médecin précité avant l'établissement de son rapport à l'OAI ; il ne saurait de ce fait se prévaloir du fait que le rapport du 24 août 2013 émanerait d'une autorité indépendante, au même titre que l'expertise du Dr R._____.

Le recourant se contente pour l'essentiel d'opposer les appréciations de ses médecins traitants (Drs D._____, N._____ et T._____) à celles du Dr R._____, sans toutefois que les constats cliniques des uns et des autres ne se distinguent sensiblement. Ainsi que le préconise la jurisprudence rappelée *supra*, dans de tels cas de figure, il s'impose de se rallier aux conclusions de l'expert mandaté par l'intimé, et retenir une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée, respectivement de 100% avec une baisse de rendement de 10% dans l'activité professionnelle antérieure.

b) S'agissant du volet psychiatrique, compte tenu de l'évocation d'une fibromyalgie par le Dr N._____, le recourant a été expertisé par le Dr S._____ en juillet 2014. Sans cependant contester le contenu de l'expertise, le recourant invoque de nombreuses critiques dont l'expert S._____ aurait fait l'objet dans la presse, arguant ainsi ne pas accepter le choix de ce praticien.

aa) Dans l'écriture de recours, le conseil du recourant renvoie aux objections formulées le 23 janvier 2015 devant l'office intimé, alléguant tout au plus que l'expert S._____ aurait été critiqué dans la presse, sans par ailleurs énoncer les points sur lesquels porteraient ces critiques.

Quand bien même la recevabilité de ce moyen paraît douteuse, il n'en demeure pas moins que le recourant ne saurait être suivi. En effet, il est constant que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). En outre, de simples soupçons - ne reflétant en l'espèce que les impressions subjectives du recourant - et à défaut d'être étayés par des indices objectifs, ne sauraient suffire à établir que le Dr S._____, titulaire de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie - ce que le

recourant ne conteste pas -, ne disposait pas de l'indépendance et de l'impartialité nécessaires pour remplir sa tâche.

Par ailleurs, à la suite de la communication du 27 mars 2014 l'informant de la nécessité de mettre en œuvre une évaluation médicale, le recourant disposait d'un délai de dix jours pour faire part de ses éventuelles objections sur l'opportunité de procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique ainsi que sur le choix des experts, lesquels étaient expressément nommés. Or il n'a pas réagi à cette communication ; singulièrement, il n'a fait valoir aucun grief à l'encontre du Dr S._____ antérieurement à l'expertise - à laquelle il s'est soumise sans autre - ni formulé de critiques postérieurement à sa réalisation, ne s'en prévalant qu'après réception du préavis l'informant du refus de droit à la rente.

bb) Cela étant, dans la mesure où l'expert S._____ a retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie affectant le recourant ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. En effet, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si l'expertise recueillie permet ou non une évaluation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; cf. consid. 4b *supra*).

Préliminairement, on ne voit aucune raison de dénier pleine valeur probante à l'expertise du Dr S._____, laquelle remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels rappelés précédemment (cf. consid. 3b *supra*). Particulièrement, ses conclusions reposent sur une étude circonstanciée - avec examen clinique, tests psychométriques et étude des pièces au dossier de l'assurance-invalidité -, une anamnèse détaillée, des plaintes rapportées, sont claires et dûment motivées. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique du 6 novembre 2014, réalisée avant la réception de l'ATF 141 V 281, a été rendue à la lumière de la présomption - abandonnée désormais - posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle les

troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables, et leurs effets, peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible, et des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante à l'expertise du Dr S._____ rendue à l'aune de l'ancienne jurisprudence, expertise qui permet au demeurant une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants.

Le Dr S._____ pose pour seul diagnostic, selon le DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), un trouble douloureux associé à la fois à des problèmes psychiatriques et une affection médicale générale chronique (code 307.89 selon DSM-IV-TR ; F 45.4 selon CIM-10). Concernant l'examen du « degré de gravité fonctionnel » de la symptomatologie dont souffre le recourant, l'expert considère que le trouble douloureux n'est pas suffisamment prononcé pour être qualifié d'incapacitant, estimant que l'intéressé dispose d'une capacité de travail médico-théorique entière dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, sans limitation fonctionnelle objective, et rien n'indique qu'il ait déjà présenté des symptômes psychiques justifiant une baisse de sa capacité de travail.

Sur le plan thérapeutique, on souligne que le recourant n'a pas bénéficié d'une prise en charge psychiatrique. Alors que certains médecins somaticiens ont fait état d'un trouble somatoforme chez l'assuré, il n'apparaît pas la mise en place d'un suivi ou d'un traitement psychiatrique, le Dr N._____ ayant par ailleurs préconisé une appréciation psychiatrique « pour mieux préciser le diagnostic et pour éclaircir les influences psycho-physiques » (cf. rapport du 24 août 2013 à l'OAI). Les seules évocations d'une atteinte psychique ressortent du rapport du Dr N._____, diagnostiquant des troubles anxio-dépressifs (cf. rapport du 24 août 2013 précité), et du rapport du Dr D._____, énonçant une anxiété importante multi-factorielle (cf. rapport du 29 avril 2014), soit d'avis de médecins somaticiens et non spécialistes en psychiatrie. En outre, le Dr M._____, médecin traitant de l'assuré, n'a pas mentionné

d'atteinte psychiatrique dans son rapport à l'OAI (cf. rapport du 3 novembre 2013). Cela étant, l'expert relève que le recourant ne prend « actuellement » que du Pantoprazol® et du Minalgine®, soit un antiulcéreux et un analgésique (selon le site <http://compendium.ch>), recommandant la prescription d'un antalgique simple comme le Dafalgan® et l'introduction éventuelle du Saroten® (un antidépresseur selon le site <http://compendium.ch>) pour son effet antalgique et légèrement sédatif. On ne saurait dès lors considérer que l'on se trouve, en l'espèce, en présence d'un échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée dans les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de la jurisprudence citée au consid. 4.3.1.2 de l'ATF 141 V 281, selon laquelle les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas - ou plus - être traités.

Quant à la personnalité de l'assuré, le Dr S._____ exclut expressément un trouble de ce registre, considérant que rien n'indique la présence d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Eu égard notamment aux résultats des tests psychométriques, il ne retient pas de « dépressivité » marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme, pas d'anxiété permanente ni d'idéation suicidaire, pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique, pas de phobie simple ou sociale, pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique, ni signes florides de la lignée psychotique ; il nie de ce fait la présence d'une comorbidité psychiatrique. Précisons que si une telle comorbidité n'est plus prioritaire, de manière générale, selon la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), elle doit être prise en considération seulement en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour estimer si elle prive l'assuré de certaines ressources. Or tel n'est pas le cas en l'espèce.

S'agissant de la cohérence du comportement de l'assuré et de la limitation de ses activités, on notera qu'il a lui-même rapporté à l'expert la conservation d'activités de loisirs. Particulièrement, dans la description

du fonctionnement psychosocial de l'assuré, l'expert note que ce dernier se lève à 7 heures, se promène, prend un café et lit les journaux puis rentre vaquer à ses occupations et préparer le repas, se promène ensuite souvent avec son amie, avec laquelle il regarde la télévision, et surfe sur internet. Par ailleurs, au regard de l'anamnèse, l'assuré n'a jamais connu de problème ou litige professionnel, déclarant apprécier son activité au sein de [...] SA, entreprise où il œuvre depuis 1993 ; il conserve de bonnes relations avec son ex-épouse, la mère de ses deux enfants, voyant régulièrement ces derniers ; il est avec son amie depuis plusieurs années, sans faire ménage commun mais ils se voient « pour les bons moments », entretenant en outre d'excellentes relations avec les enfants de celle-ci. L'expert résume ainsi que « l'assuré a toujours bien fonctionné aux niveaux professionnel, social, familial et conjugal ». On peut dès lors en déduire que le recourant a conservé un rythme régulier dans ses activités quotidiennes et des liens sociaux nourris, excluant des limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne.

Partant, il y a lieu de constater, à la lecture du rapport d'expertise du 6 novembre 2014, que le Dr S._____ a fait état d'éléments en suffisance pour porter une appréciation circonstanciée de la symptomatologie de type fibromyalgie présentée par le recourant. Son expertise permet ainsi de procéder à une évaluation circonstanciée de la situation eu égard aux aspects déterminants fixés dans la grille d'évaluation définie par le Tribunal fédéral, sans qu'il soit nécessaire d'en requérir un complément. Comme énoncé précédemment, le recourant se limite à critiquer le choix de l'expert psychiatre, sans chercher à établir l'éventuel caractère incomplet ou insuffisant du rapport, ni à mettre en lumière qu'un ou plusieurs indicateurs déterminants n'auraient pas été évalués à satisfaction. De surcroît, le dossier de la cause ne contient aucun avis émanant d'un spécialiste en psychiatrie autre que l'expert S._____, de sorte qu'il ne se justifie pas de mettre en doute les considérations de ce dernier.

c) Vu les éléments qui précèdent, il convient de constater que les atteintes à la santé affectant le recourant ne sauraient avoir valeur

d'invalidité au sens entendu par la jurisprudence fédérale. Partant, il y a lieu de conclure, avec l'intimé, que la situation du recourant lui permet d'exercer à 100% son activité habituelle de mécanicien, avec une baisse de rendement de 10%, respectivement d'exercer à 100% une activité adaptée sans diminution de rendement. Son taux d'invalidité atteint dès lors 10%, soit un degré insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 5 mars 2015 confirmée.

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 Treyvaud a produit une liste de ses opérations le 1^{er} décembre 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 6 heures et 50 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'328 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 42 fr. 60 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Treyvaud s'élève donc à 1'371 francs.

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

- I. Le recours déposé le 21 avril 2015 par B. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 5 mars 2015 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 Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant B. _____, est arrêtée à 1'371 fr. (mille trois cent septante et un francs), débours et TVA compris.
- 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 Paul-Arthur Treyvaud (pour B. _____)
- 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 :