

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 janvier 2017

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Thalmann et M. Monod, assesseur  
Greffier : M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Asllan Karaj, à Lausanne,  
et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 - 2 et 28a al. 1 LAI ; 49 al. 2  
RAI**

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

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de quatre enfants, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 22 février 2010.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 12 mars 2010, l'assuré avait travaillé en qualité d'ouvrier d'atelier du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2008 pour la Fondation H.\_\_\_\_\_ pour un salaire net de l'ordre de 2'488 fr. pour le mois de février, de 4'454 fr. pour le mois de mars et de 2'491 fr. pour le mois d'avril.

Dans un rapport du 8 février 2010 les Dresses P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne, cheffe de clinique, respectivement médecin assistante, de la T.\_\_\_\_\_ (ci-après : T.\_\_\_\_\_) ont indiqué ce qui suit :

“Diagnostics :

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

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

Le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur, chef de clinique au K.\_\_\_\_\_ (ci-après : K.\_\_\_\_\_), dans un rapport du 16 mars 2010, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites chroniques

dans le contexte d'un status après ancienne hernie discale L5-S1, discarthrose L4-L5 et cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, et, les diagnostics sans conséquence sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle et d'hépatite B. Il a en outre relevé ce qui suit :

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

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

[...]

Appréciation :

Ce patient présente des lombo-sciatalgies chroniques dans un contexte de chronicisation. Important déconditionnement physique et psychique. Dans ce contexte, nous avons suggéré l'utilisation d'une orthèse lombaire avec utilisation d'un tricyclique. Le pronostic reste néanmoins réservé.”

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

“1.4

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

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

[...]

Recommandations pour la future thérapie

Poursuite du traitement actuel, reconditionnement physique en physiothérapie.”

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

Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a examiné l'assuré le 14 septembre 2010 au C.\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_). Il résulte de son rapport d'examen clinique rhumatologique du 11 octobre 2010 notamment ce qui suit :

#### “Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
  - Lombosciatalgies D chroniques (M54.4)
    - o Troubles dégénératifs étagés avec Modic II L4-L5, L5-S1, discopathie étagée à l'origine d'un canal lombaire rétréci.
    - o Hernie discale L5-S1 paramédiane D au contact de la racine S1 D.
  - Cervicalgies mécaniques sur troubles statiques et dégénératifs (M54.2)
    - o Discopathie C5-C6 et ostéophytose de C4 antérieure.
- sans répercussion sur la capacité de travail
  - Surcharge pondérale avec obésité de classe I.
  - Déconditionnement musculaire global et focal.
  - Amplification verbale des plaintes en vue

#### Appréciation du cas

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

mettent en évidence un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis cervical.

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

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

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

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

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

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

La composante à caractère non organique clairement mise en évidence par les signes de non organicité relevée par ses médecins

traitants et confirmée par l'examen clinique au C. \_\_\_\_\_ n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

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

#### Limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout minimum 1x/heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes et éviter les montées et descentes d'escaliers à répétition et les positions en genuflexions ou accroupies. Eviter les mouvements nécessitant des rotations brusques du rachis cervical ou des positions statiques prolongées en flexion-extension du rachis cervical.

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

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

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

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

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

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

En présence de revendication d'un trouble dépressif associé à une symptomatologie algique chronique dépassant le cadre du substrat organique mis en évidence par les examens complémentaires et l'examen clinique réalisé au C. \_\_\_\_\_, un complément d'instruction

sous la forme d'un examen C. \_\_\_\_\_ psychiatrique est préconisé pour répondre à la jurisprudence en place.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 0 %

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

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

"Anamnèse professionnelle

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

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

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

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

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

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

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

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

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

#### Plaintes actuelles

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

#### Habitudes

- Tabac : 15 cigarettes par jour.
- Alcool et/ou drogues : alcool nihil.
- Ressources financières : l'épouse de l'assuré est au bénéfice d'une rente AI, plus l'aide complémentaire
- Médicaments :

Le traitement de Cipralex® a été arrêté par l'assuré il y a 3 semaines. Pas de nouveau traitement antidépresseur.

#### Vie quotidienne

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

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

#### Status psychiatrique

L'assuré est venu en voiture, accompagné par un ami, c'est l'assuré qui conduisait. Tenue et hygiène correcte. Discours adéquat, cohérent, l'assuré est collaborant avec l'examineur. Absence de trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation. L'entretien se déroule en présence d'un interprète de

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

#### Diagnostics

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

#### Appréciation du cas

L'anamnèse psychiatrique permet de retenir une symptomatologie dépressive lors d'une hospitalisation en 2004, pour laquelle il a reçu un traitement pharmacologique. Récemment, l'assuré ne peut pas donner des dates, un traitement de Cipralex® a été introduit, traitement qu'il a arrêté, il y a 3 semaines, ne ressentant aucune amélioration. Malgré l'absence de traitement spécialisé, l'examen psychiatrique au SMR ne permet de constater une symptomatologie dépressive, psychotique ou anxieuse. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés.

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

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

#### Limitations fonctionnelles

Aucune limitation fonctionnelle.

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

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

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

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Capacité de travail exigible

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

Dans un rapport du 31 janvier 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin-chef adjoint du C.\_\_\_\_\_, ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine à fortes charges physiques et de 70% dans une activité adaptée depuis février 2010.

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

"En l'absence de [...], nous accueillons l'assuré suite au rapport SMR statuant sur sa CT [capacité de travail]. Nous l'informons des conclusions du C.\_\_\_\_\_.

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

L'assuré imagine comme suit son futur professionnel : ne peut pas travailler plus que 30 minutes. Ne peut pas entreprendre des mesures professionnelles. N'est donc pas intéressé à commencer une orientation ou une AIP [aide au placement]. Pour mémoire, le couple vit de la rente AI de Madame ainsi que des prestations complémentaires versées au couple. Le [...] mentionne le versement de prestations complémentaires depuis le 01.10.2007.

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

Suite donnée à l'entretien / propositions :

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

M. A. \_\_\_\_\_ dit comprendre cette démarche mais ne pas pouvoir suivre une telle mesure.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le 14 juillet 2011, le Ministère public du canton de [...] a transmis à l’agence communale d’assurances sociales, à [...], copie d’un extrait du rapport de police du 6 mai 2011 concernant du recel de vélo volé et de la détention d’autres cycles de provenance douteuse. Il y est mentionné notamment ce qui suit :

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

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

Notre attention a été particulièrement attirée par un vélo de prêt de l’association “ [...]”. En effet, il est notoire que ces vélos sont uniquement destinés à la location et ils portent d’ailleurs des sérigraphies très reconnaissables. Ce véhicule a été exposé pour la vente par M. A.\_\_\_\_\_.

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

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

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

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

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

Pour les détails il y a lieu de se référer aux deux auditions annexées.

Les plaintes de cycles étant souvent enregistrées de manière lacunaire, voire uniquement au niveau local dans le canton de [...], il n'a pas été possible d'attribuer formellement des plaintes pour les vélos saisis. A la rédaction de ces lignes, les propriétaires n'ont pas pu être identifiés."

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Par conséquent :

Nous vous ordonnons de prendre contact avec l’ [...] à [...] au 021. [...] jusqu’au 19 septembre 2011 au plus tard afin de convenir d’un rendez-vous et de coopérer activement lors de la visite.

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

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

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

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

Compte tenu de son positionnement volontaire, nous sommes favorables à l’admission de M. A. \_\_\_\_\_ dans notre Centre afin de lui permettre de trouver une orientation dans le secteur industriel léger et de se préparer à l’activité définie comme adaptée.”

Par communication du 6 octobre 2011, l’OAI a informé l’assuré que les conditions d’octroi d’une mesure d’orientation professionnelle étaient remplies et que par conséquent, il prenait en charge les frais pour

un stage d'orientation professionnelle effectué auprès de l' [...] de [...], du 10 octobre 2011 au 15 janvier 2012.

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

“Bilan après 4 semaines de mesure

•M. A. \_\_\_\_\_ :

Se sent incapable de réaliser quoi que ce soit

A des douleurs insupportables

Veut bien poursuivre à l' [...] pour « essayer»

Ne voit pas ce qu'il peut faire

Souhaite diminuer son taux d'activité au centre

•MSP :

Impossible de parler de projet avec M. A. \_\_\_\_\_

Totalement centré sur ses douleurs

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

Taux de présence jusqu'ici : 58%

Si M. A. \_\_\_\_\_ poursuit ainsi, le stage n'a aucun sens.

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

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

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

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

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

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

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

Comme rappelé lors de notre dernière rencontre, nous estimons le taux d'activité de 70% parfaitement exigible, en particulier dans l'environnement partiellement protégé du Centre [...]. Nous

attendons donc de vous une collaboration maximale et une présence régulière aux heures demandées.

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

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

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

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

Vendredi 18 novembre 2011 vers minuit j'ai saigné du nez et de la bouche, ce soir-là j'étais faible j'avais des douleurs de dos de la jambe, de nuque et contractions des muscles. Samedi 19 novembre 2011 je suis parti aux urgences vers treize heures et demi car les saignements ne s'arrê[te] pas pour cause de tou[te]s les douleurs que j'ai cité[es], j'étais stressé pour cela ma pression e[s]t monté[e] et la veine au niveau du nez a éclaté et j'ai perdu beaucoup de sang du nez de la bouche et des yeux."

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

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

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

Un premier bilan réalisé après 4 semaines de mesure a mis en évidence que M. A.\_\_\_\_\_ s'investissait peu, ne tenait pas le taux d'activité prévu, et ne se projetait dans aucune activité professionnelle (note du 8.11.2011). Nous lui avons dès lors proposé

une diminution de son taux d'activité (soit 5 heures 45 minutes/jour, correspondant à un 70% dans l'économie), l'avertissant que si ce rythme n'était pas tenu, la mesure serait interrompue fin novembre 2011 (voir sommation du 9.11.2011).

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

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

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

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

"Résultat de nos constatations :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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

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

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

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service,

la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

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

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

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

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

Comparaison des revenus :

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

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

"Commentaires

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

M. A. \_\_\_\_\_ se montre très ralenti et replié sur lui-même. Il est dépendant de nos consignes et semble dénué de toute autonomie. Ses absences sont ponctuées de téléphones ou de courriers de sa fille, qui nous informe des diverses consultations aux urgences du K. \_\_\_\_\_. Celles-ci sont certifiées par l'un ou l'autre des médecins-

assistants de service. La dernière lettre décrit un épisode d'épistaxis grave avec des saignements associés de la bouche et des yeux.

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

Remarque(s) et commentaire(s) du stagiaire

Ce rapport est lu à M. A. \_\_\_\_\_, qui n'a pas de remarque à formuler.

Conclusion et proposition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le 20 février 2012, l'assuré a fait part à l'OAI de ses objections et a produit un certificat médical établi le 5 décembre 2011 par un

médecin de la T. \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale du 5 au 6 décembre 2011.

Par décision du 20 avril 2012, l'OAI a rejeté la demande de rente.

**B.** Par acte du 11 mai 2012, A. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 20 avril 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants (I), une expertise pluridisciplinaire et psychiatrique auprès du L. \_\_\_\_\_ (L. \_\_\_\_\_) à [...] étant ordonnée (II) et, le cas échéant, une rente entière d'invalidité allouée (III). Il a produit un certificat médical établi le 4 juin 2012 par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la teneur suivante :

"Je soussigné, certifie que Monsieur A. \_\_\_\_\_, né le [...] est suivi à ma consultation.

M. A. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen.

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

Invité à répondre à un questionnaire, le Dr F. \_\_\_\_\_ a répondu, en date du 1<sup>er</sup> octobre 2013, comme suit :

"1. Appréciation du cas et pronostic :

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

de résistance des voies aériennes supérieures et un status post thyroïdite de De Quervain.

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

Le début remonte à 2004, suite à une hospitalisation de 3 semaines à l'hôpital [...] pour une tristesse, un manque d'intérêt et du plaisir, des troubles du sommeil avec insomnie et une anxiété. Cette symptomatologie a évolué de façon fluctuante par la suite. En 2006, on assiste à une nouvelle péjoration de l'état dépressif. Le patient a reçu un traitement antidépresseur (Fluctine) qui a dû être arrêté en raison d'effets secondaires.

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

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

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

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

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

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

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

Quatre aspects vont être considérés :

- Les activités de la vie quotidienne : qui sont effectuées avec difficulté vu le manque d'énergie, la fatigue importante et le manque d'intérêt et du plaisir.
- Le fonctionnement social qui est altéré avec une nette diminution des contacts sociaux et une tendance du patient à l'isolement. Le patient est la plupart du temps confiné chez lui.
- La diminution de la capacité à penser et à se concentrer (patient facilement distrait, les troubles de mémoire), la difficulté à prendre des décisions entraînent une baisse de performance et

de persévérance aux activités. Ceci a été plus observable au travail ou lors du stage à l' [...]. Le sentiment d'inutilité, d'impuissance, l'apathie, le manque de motivation et les ruminations excessives entraînent une baisse de l'activité et de la productivité.

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

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

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

4. Description précise de la capacité résiduelle de travail :

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

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

- Oui.

Si oui, dans quelle mesure?

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

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

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

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

Depuis 2004.

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

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

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

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

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

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a complété son rapport le 23 décembre 2013 en indiquant que le début de la maladie remontait à début 2004 et qu'en

conséquence le diagnostic de trouble dépressif récurrent pouvait être considéré comme valable depuis 2004.

Par arrêt du 21 mai 2014 (cause AI 108/12 - 129/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré, annulé la décision attaquée, et renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction, en retenant en particulier ce qui suit :

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

Ce rapport apparaît ainsi incomplet et contradictoire.

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

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

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

c) Au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan psychiatrique, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. En outre, l'état de santé du recourant n'a pas été examiné dans sa globalité et les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI auquel il

appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en application de l'art. 44 LPGA. Une telle expertise, qui portera donc également sur les problèmes somatiques du recourant, permettra notamment non seulement de tenir compte de l'évolution de ces troubles depuis l'examen du Dr M. \_\_\_\_\_, mais aussi d'une évaluation globale de l'état de santé du recourant et ses conséquences sur la capacité de travail."

**C.** A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du cas et a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au L. \_\_\_\_\_. Les Drs O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, U. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assuré respectivement les 19 septembre, 30 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2014. Ils ont rendu leur rapport le 3 décembre 2014. Ils y ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs en L4-L5, L5-S1 associés à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite en contact de la racine S1 droite. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), voire une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), des cervicobrachialgies droites en relation avec des troubles dégénératifs étagés C4-C7 sans atteinte neurologique objective, une hypertension artérielle depuis 20 ans, compensée, une hépatite B diagnostiquée il y a 20 ans encore active et traitée actuellement, une hernie hiatale avec reflux depuis 10 ans environ, une amygdalectomie en 2008, ainsi qu'une thyroïdite de De Quervain il y a 3 ans. S'agissant des limitations fonctionnelles au plan physique, ils ont estimé que les limitations fonctionnelles décrites en 2010 restaient valables, à savoir une limitation des ports de charges supérieures à 4 à 5 kg de façon répétitive, éviter les positions statiques prolongées, assises ou debout, éviter les mouvements de rotation brusques de la nuque ou les positions répétées, le bras droit au-dessus de l'horizontal, avec ou sans port de charges. Les experts n'ont toutefois retenu aucune limitation fonctionnelle sur les plans psychique et social. Compte tenu des limitations fonctionnelles au plan somatique, ils ont estimé que celles-ci étaient incompatibles avec l'ancienne activité de

l'assuré, nécessitant des ports de charges lourdes, retenant une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine, et ce depuis novembre 2009, la situation étant demeurée stationnaire. Toutefois, dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, les experts ont estimé que la capacité de travail était de 100%, avec une baisse de rendement de 20% environ afin de permettre à l'expertisé de changer fréquemment de position et faire des pauses plus fréquentes, retenant que l'exercice d'une activité adaptée était exigible depuis toujours, avec des périodes ponctuelles d'incapacité en relation avec des blocages lombaires épisodiques. Le Dr U. \_\_\_\_\_ a complété son appréciation par la réalisation d'examens d'imagerie (colonne cervicale face profil et obliques, et colonne lombaire face profil), qui ont mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs C4-C7, ainsi que des discopathies chroniques L4-S1 et une probable lithiase rénale gauche. Pour le surplus, les experts ont fait la discussion suivante du cas de l'assuré :

#### "SYNTHÈSE ET DISCUSSION

##### Rappel de l'histoire médicale :

Monsieur A. \_\_\_\_\_ est un assuré kosovar de 46 ans, marié, père de 4 enfants, la cadette étant à charge. Il a été actif en Suisse comme nettoyeur et ouvrier, il est en arrêt maladie depuis novembre 2009. Sa femme reçoit une rente entière de l'AI depuis 2006.

Il souffre de lombo-sciatalgies droites depuis 2004, ayant nécessité 2 hospitalisations, en 2004 et 2006, en raison de blocages lombaires avec sciatalgies droites. Les examens radiologiques de l'époque ont mis en évidence des troubles dégénératifs du rachis lombaire sous forme de modification arthrosique en L4-L5, L5-S1 associés à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite en contact avec la racine S1.

Une expertise rhumatologique effectuée le 14.09.2010 a conclu au diagnostic de lombosciatalgies droites chroniques sur troubles dégénératifs étagés en L4-L5, L5-S1 avec signe de Modic 2 avec un canal lombaire rétréci associé à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite en contact avec la racine S1 droite. Les diagnostics de cervicalgies mécaniques sur troubles statiques et dégénératifs sur une discopathie C5-C6 et ostéophytose de C4 antérieure étaient également retenus. La capacité de travail dans son ancienne activité de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine est considérée comme nulle. Toutefois, une activité adaptée est retenue comme possible à un taux de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % en raison de pathologies inflammatoires dégénératives

présentées par l'assuré et la présence d'une hernie discale qui occasionne un syndrome lombo-vertébral récidivant.

Une telle activité a été reconnue comme exigible à partir de février 2010. Un stage d'orientation professionnelle dans le centre [...] de [...] s'est soldé par un échec après un mois (10.10. au 25.11.2012), en raison de problèmes d'absentéisme. L'office d'invalidité a refusé la rente d'invalidité, toutefois un recours déposé auprès de la Cour des assurances du tribunal cantonal a été admis.

Par ailleurs, Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente depuis 20 ans environ une hypertension artérielle et une hépatite B chronique active dont l'origine n'a pas pu être précisée.

Il souffre d'une hernie hiatale avec reflux depuis une dizaine d'années et a subi une amygdalectomie en 2008.

Il y a 3 ans, il a présenté une thyroïdite de De Quervain qui a nécessité une hospitalisation d'une semaine au K. \_\_\_\_\_ avec un traitement de cortisone.

Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente aussi des troubles psychiques. Dans le rapport du C. \_\_\_\_\_ rédigé par le Dr I. \_\_\_\_\_ le 25 novembre 2010, ce psychiatre pose le diagnostic non incapacitant de trouble panique (une fois chaque deux mois). Il mentionne la notion en 2004 d'une symptomatologie dépressive pour laquelle il aurait pris un traitement pharmacologique. En 2010 il aurait pris du Ciprallex, médication qui n'a eu aucun effet et que l'assuré avait arrêté 3 semaines avant l'examen au C. \_\_\_\_\_.

Un certificat médical daté du 4 juin 2012, du psychiatre traitant de Monsieur A. \_\_\_\_\_, mentionne le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen. Symptomatologie décrite : fatigabilité, humeur déprimée, désespoir, dévalorisation, culpabilité. La capacité résiduelle est estimée à 50% mais en tenant compte des comorbidités somatiques, un taux plus élevé exposerait l'assuré à un stress risquant une aggravation de l'état dépressif. Mais une activité à 50% est nécessaire pour structurer ses journées et maintenir son estime de soi.

Dans un rapport médical du premier octobre 2013, son psychiatre nous apprend qu'il suit l'assuré depuis le 7 mai 2012, avec une fréquence des séances de 2 à 3 semaines au début du traitement et actuelle toutes les 4 à 5 semaines. Il pose le même diagnostic qu'une année auparavant en rajoutant avec syndrome somatique. La capacité de travail est toujours estimée à 50%. Le traitement médicamenteux consiste en du Trittico et du Temesta en réserve, la compliance est décrite comme bonne sans préciser sur quelles bases cela est affirmé.

D'après les dires de l'expertisé, actuellement la fréquence du suivi est de une séance par mois, le traitement de Saroten 50 mg/j a dû être arrêté en raison d'effets secondaires cardiaques et un traitement de Ciprallex a été réintroduit depuis le 26 septembre à 5 mg/j et sera augmenté progressivement. Nous avons renoncé à pratiquer un dosage plasmatique car il faut une semaine de prises quotidiennes de Ciprallex pour atteindre l'état d'équilibre.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour met en évidence des troubles de la sensibilité non systématisés au niveau des membres supérieur et inférieur droit ainsi que des douleurs à la palpation abdominale au creux épigastrique, sans substrat défini. La tension artérielle est bien compensée et il n'y a aucune séquelle de la thyroïdite de De Quervain. Ces résultats ne permettent pas d'objectiver un degré incapacitant.

La hernie hiatale avec reflux est jugulée par la prise de Nexium et n'est pas incapacitante.

En ce qui concerne l'hépatite B chronique active, elle est actuellement traitée (Baraclude) depuis deux ans et ce traitement est bien supporté. L'assuré est correctement et régulièrement suivi sur ce plan par la T. \_\_\_\_\_ au K. \_\_\_\_\_. Elle ne représente pas un caractère incapacitant actuellement, mais peut être susceptible d'une aggravation auquel cas une réévaluation serait nécessaire.

Il n'y a actuellement pas de trouble qui justifie une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur A. \_\_\_\_\_ a fait une demande d'AI le 23.02. 2010, dans un contexte de lombo-sciatalgies droites chroniques évoluant depuis 2004. La symptomatologie a été mise sur le compte de troubles dégénératifs discaux au niveau L4-L5, L5-S1 associés à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite, venant en contact avec la racine S1. D'autre part, il se plaint de cervico-brachialgies droites handicapantes, aggravées depuis environ deux ans. Ces douleurs sont également mises sur le compte en partie, sur la présence de troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale (discopathies C5-C6 et C6-C7).

Actuellement, l'assuré continue à se plaindre de lombalgies handicapantes avec une intensité de la douleur estimée à 8/10, associées à des irradiations face postérieure du membre inférieur droit jusqu'au talon. Ces douleurs sont déclenchées au moindre effort, avec des fortes limitations fonctionnelles, ainsi le périmètre de marche est limité à 10 minutes, obligeant l'expertisé de s'asseoir 15 à 20 minutes avant de pouvoir repartir, la position assise est supportée maximum une demi-heure et la position debout statique 2-3 minutes, les mouvements d'extension sont extrêmement limités, ainsi que les ports de charges de plus de 3 à 4 kg. De plus, il se plaint de troubles neurologiques du membre inférieur droit, sous forme de paresthésies et d'engourdissement de la face postérieure de la jambe avec une impression de faiblesse.

Il se plaint également de douleurs diffuses cervico-dorsales et inter-scapulaires avec des irradiations face externe du bras droit jusque dans les doigts. L'intensité des douleurs est estimée à 8/10. Tous les mouvements du bras, de la nuque ou du tronc, aggravent les douleurs cervico-brachiales, ainsi que les ports de charges, mêmes légères. Il décrit également des sensations de fourmillements, d'engourdissement et de perte de force au niveau du bras.

L'examen ostéo-articulaire constate une personne démonstrative, avec beaucoup d'autolimitations lors des manœuvres de

mobilisation du dos, du bras, associés à des lâchages antalgiques au testing de force du membre supérieur ou du membre inférieur droit et des manœuvres de Waddell toutes positives hautes (5/5). Dans ce contexte démonstratif, il est difficile d'évaluer concrètement la mobilité du rachis lombaire, qui est extrêmement limitée dans toutes les amplitudes avec une palpation douloureuse diffuse dorsale et lombaire basse. Idem au niveau du membre supérieur droit où les tests d'Impingement ou divers tests de la coiffe des rotateurs sont décrits comme douloureux avec des limitations d'élévation et d'abduction, en partie d'origine algique. Les troubles neurologiques du membre supérieur sont atypiques, sans dermatome précis avec une diminution de la force de préhension de la main, qui paraît clairement volontaire.

Des nouveaux bilans radiologiques au niveau de la colonne cervicale et lombaire montrent une discopathie chronique L5-S1 et L4-L5, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs modérés de la colonne cervicale. Il est décrit, au niveau cervical, une uncarthrose avec rétrécissement du trou de conjugaison gauche, toutefois la symptomatologie est essentiellement à droite.

Dès lors, sur le plan rhumatologique, nous nous retrouvons dans une situation identique à celle décrite dans l'expertise rhumatologique du 14.09.2010 avec mise en évidence d'un assuré démonstratif présentant tous les signes de non-organicité de Waddell. Il existe toutefois un substrat somatique surtout radiologique avec mise en évidence de troubles dégénératifs étagés au niveau L4-L5, L5-S1 associés à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite en contact avec la racine S1 droite. Cliniquement on retrouve des troubles sensitifs L5-S1 droits associés à une abolition du réflexe achilléen droit suggérant la présence de lombo-sciatalgies droites irritatives chroniques possibles. La situation toutefois ne s'est pas modifiée par rapport à 2010.

Au niveau des cervico-brachialgies droites, actuellement, l'assuré décrit un tableau plus marqué qu'il y a quelques années, toutefois, on retrouve une forte démonstrativité avec des contre-pulsions et des lâchages antalgiques avec une force de préhension de la main droite, clairement par manque de compliance au vu de l'absence pratiquement totale de participation de l'assuré. Sur le plan neurologique, on ne constate que des troubles sensitifs subjectifs et les radiographies de la colonne cervicale montrent des troubles dégénératifs modérés avec une uncarthrose et rétrécissement du trou de conjugaison prédominant du côté gauche, ne jouant pas avec la symptomatologie du côté droit, décrit par l'assuré. Dès lors, ces douleurs semblent s'inscrire clairement dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, toutefois seule une IRM cervicale nous permettrait d'exclure un conflit disco-radicaire qui semble toutefois peu probable.

Sur le plan fonctionnel et professionnel, globalement, les limitations fonctionnelles restent valables à savoir une limitation des ports de charges supérieures à 4 à 5 kg de façon répétitive, éviter les positions statiques prolongées, assises ou debout. Éviter les mouvements de rotation brusques de la nuque ou les positions répétées, le bas au-dessus de l'horizontal, avec ou sans port de charge.

Dès lors, la capacité de travail reste nulle dans son ancienne activité de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine avec fortes charges physiques. Toutefois, comme déjà signalé dans l'expertise de 2010, on peut retenir une capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus à un taux de 100 % avec éventuellement, une baisse de rendement au maximum de 20 % afin de permettre à l'expertisé de faire des pauses régulières.

Sur le plan psychique, comme facteurs de stress, nous relevons, hormis ses problèmes de santé physique : 1991 et 1994 décès de sa mère et de son père, son épouse souffre d'hernie discale incapacitante depuis 2006.

L'expertisé se plaint d'une symptomatologie dépressive présente depuis 2009 directement liée à ses douleurs chroniques ainsi que quelques symptômes anxieux.

- Humeur dépressive permanente d'intensité oscillant entre 4 et 7/10, irritabilité, anhédonie, inappétence mais prise de poids de 20 kg en 6 ans, tendance au repli, diminution de la libido, troubles de l'endormissement en raison de ruminations dépressives, réveils durant la nuit liés à un inconfort physique, fatigue d'intensité 6/10, perte de l'estime et de la confiance en soi, troubles de la concentration, découragement et pessimisme, idées de mort sans idéation suicidaire.
- Phobie de l'avion, plaintes qui pourraient évoquer une certaine anxiété sociale et crainte de s'éloigner de son domicile et d'avoir un malaise physique.

Aucun trait de caractère pathologique n'a été relevé dans notre évaluation. A noter la notion de recel de vélo volé et de la détention d'autres cycles de provenance douteuse. Monsieur A. \_\_\_\_\_ vendait une trentaine de vélos, dont un vélo appartenant à l'association « [...] », lors d'une kermesse de quartier à [...] à [...] le 26 mars 2011. Il a déclaré aux policiers qu'il récupérait des vélos dans la rue lors de la collecte des objets encombrants ou les achetait à un intermédiaire et qu'il avait gagné au moins CHF 5'600.- grâce à son activité de revente de vélos sans déclarer cette somme aux services sociaux dont il dépend ni à l'administration fiscale. L'assuré a déclaré à la police qu'il effectuait cette activité de revente de vélos depuis 3 ans.

Concernant ses activités quotidiennes, l'assuré nous relate qu'il ne fait quasiment rien de ses journées hormis le fait de sortir 3 fois par jour pour des promenades d'une vingtaine de minutes à chaque fois et qu'il participe aux tâches administratives. Il dit vivre replié autour de sa famille proche.

L'examen psychiatrique montre un expertisé en surpoids, faisant plus âgé, à l'air fatigué, cerné. L'humeur est dépressive. Il n'est pas irritable. Il se lève et se déplace lentement la main posée sur le bas de son dos, bouge régulièrement sur la chaise, grimace de douleur. La voix est basse et le ton monocorde. Il existe un léger ralentissement psychomoteur. Aucun trouble cognitif n'est constaté. Le contenu de la pensée est fixé sur ses douleurs chroniques, sur le fait qu'il est incapable de faire quoi que ce soit actuellement et sur sa démotivation. A l'examen effectué par l'expert rhumatologue

Monsieur A. \_\_\_\_\_ est démonstratif, tous les signes de Waddell sont positifs. Nous n'avons pas pu effectuer de dosage plasmatique et ne pouvons donc pas nous prononcer sur l'observance thérapeutique.

En conclusion, pour cet assuré nous retenons un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) voire une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Nous estimons que la symptomatologie dépressive chronique, qui d'après les dires de l'assuré est directement liée aux plaintes douloureuses, qui est apparemment résistante au traitement antidépresseur (mais nous ne pouvons pas juger si la compliance est bonne) rentre dans le cadre du syndrome somatoforme et ne mérite pas un diagnostic séparé. Le traitement psychiatrique de la symptomatologie dépressive est peu important.

Le diagnostic de trouble panique n'est plus d'actualité.

En conclusion, le trouble somatoforme n'est pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. La capacité de travail est complète en temps et rendement, sans limitation.

Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est complète dans toute activité sans diminution de rendement."

Le 12 décembre 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, du C. \_\_\_\_\_ a retenu, après analyse de l'expertise du L. \_\_\_\_\_, que dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle depuis novembre 2009. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec une baisse de rendement de 20% depuis février 2010.

Par projet de décision du 8 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser la rente d'invalidité, compte tenu des résultats de l'expertise du L. \_\_\_\_\_, selon laquelle il était en mesure d'exercer, depuis le mois de février 2010, une activité adaptée (comme celle d'ouvrier de production ou de préparateur de commandes) à 100% avec une baisse de rendement de 20%.

Par le biais de son représentant, l'assuré a fait part de ses observations sur le projet de décision le 4 février 2015, en faisant pour l'essentiel valoir que ses limitations fonctionnelles, cumulées à ses problèmes psychiques (dépression et troubles psychotiques), son âge de 57 ans (*sic*), son manque d'expérience professionnelle, respectivement

son absence prolongée du marché du travail, l'empêchaient de reprendre une activité, même adaptée. Il a joint à son envoi le rapport adressé le 1<sup>er</sup> octobre 2013 par le Dr F. \_\_\_\_\_ à la Cour de céans, déjà au dossier.

Par avis du 18 mars 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du C. \_\_\_\_\_ a relevé en premier lieu que l'assuré n'était pas âgé de 57 ans, mais de 46 ans, et que le rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2013 du Dr F. \_\_\_\_\_ avait bien été pris en compte par les experts du L. \_\_\_\_\_, si bien qu'il n'y avait pas de fait nouveau, et que le C. \_\_\_\_\_ maintenait sa position.

Par décision du 30 avril 2015, l'OAI a confirmé le refus de rente.

**D.** Par acte du 29 mai 2015, A. \_\_\_\_\_, représenté par Asllan Karaj, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, en reprenant les moyens développés à l'appui de ses observations du 4 février 2015, savoir pour l'essentiel qu'une reprise d'activité - même adaptée - n'est pas envisageable, qu'il a besoin de soins « continus et prolongés » et bénéficie d'un traitement médicamenteux continu associant antidépresseur et antipsychotique. Il a produit avec son écriture une ordonnance du 13 janvier 2015, selon laquelle sa médication est la suivante :

“Baraclude 0.5 mg 1 fois par jour  
Saroten retard 25 mg 2 cpr par jour  
Temesta exp 1 mg max 2/j en réserve  
Epril 20 mg 2 fois par jour le matin et le soir  
Amlodipine 10 mg 1 fois par jour le matin  
Torasem 10 1 fois par jour le matin  
Dafalgan 1 g x 4/j en réserve  
Voltarene 50 x 3/jrs en réserve  
Tramal gouttes 20 en réserve 1 à 2 fois par jour  
Nexium 20 mg 1 en réservée, 2 fois par jour si nécessaire  
Avamys1 a 2 puffs en chaque narine, en réserve”

Dans sa réponse du 24 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus exactement à une rente, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. 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 (cf. art. 6 LPGA).

Selon 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 d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la

provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C\_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

**4.** Sur le plan somatique, dans le cadre de son arrêt du 21 mai 2014, la Cour de céans avait constaté que les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 octobre 2010 n'étaient pas remises en cause par un autre rapport médical, retenant le caractère probant dudit rapport. Dans la mesure toutefois où la Cour avait estimé que l'état de santé du recourant n'avait pas été examiné dans sa globalité, et qu'il convenait pour le surplus de tenir compte de l'évolution des problèmes somatiques depuis l'examen du Dr M. \_\_\_\_\_, les experts du L. \_\_\_\_\_ se sont également prononcés sur l'aspect somatique. A cet égard, ils ont posé le diagnostic influençant la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs en L4-L5, L5-S1 associés à une hernie discale L5-S1 paramédiane droite en contact avec la racine de S1 droite. Quant aux limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte, ils ont retenu qu'elles consistaient en une limitation des ports de charges supérieures à 4 à 5 kg de façon répétitive, l'évitement des positions statiques prolongées, assises ou debout, ainsi que des mouvements de rotation brusques de la nuque ou les positions répétées, le bras droit au-dessus de l'horizontal, avec ou sans port de charges. Quant au point de savoir si la situation du recourant s'était dégradée depuis l'examen du Dr M. \_\_\_\_\_, les experts ont estimé que les limitations fonctionnelles décrites en 2010 (pas de port de charges

supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 7,5 kg. Pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise-debout minimum 1x/heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position statique debout immobile de type piétinement, diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes et éviter les montées et descentes d'escaliers à répétition et les positions en genuflexions ou accroupies. Eviter les mouvements nécessitant des rotations brusques du rachis cervical ou des positions statiques prolongées en flexion-extension du rachis cervical) demeureraient valables.

Sur la base de leurs observations, les experts du L. \_\_\_\_\_ ont estimé que l'activité habituelle de l'assuré, singulièrement celles de nettoyeur ou d'ouvrier d'usine, n'étaient plus exigibles, dans la mesure où elles nécessitaient le port de lourdes charges. Dans de telles activités, la capacité de travail était ainsi nulle depuis novembre 2009. Cette observation rejoint au demeurant celle faite par le Dr M. \_\_\_\_\_ en 2010. S'agissant par contre de la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts ont estimé qu'elle était entière, avec toutefois une baisse de 20% pour tenir compte de l'obligation de l'assuré de changer de position et faire des pauses. Ce faisant, les experts rejoignent largement encore l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_. Ce volet de l'expertise ne prête pas le flanc à la critique : il a été élaboré en parfaite connaissance du dossier - le Dr U. \_\_\_\_\_ ayant même pris soin de faire compléter le dossier radiologique -, liste les plaintes de l'assuré et son anamnèse, et repose sur un examen clinique détaillé, distinguant les status de médecine interne et rhumatologique. Les conclusions résultant de cet examen sont claires et dénuées de contradiction et concordent au demeurant avec les autres appréciations médicales au dossier. Dans ces circonstances, une pleine valeur probante peut être accordée au rapport du L. \_\_\_\_\_, et c'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec une baisse de rendement de 20%.

**5.** Sur le plan psychique, les experts ont retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), voire de majoration

des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), et ont estimé qu'ils n'entraînaient pas d'incapacité.

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**a)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux 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.

**b)** 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).

Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

Les experts du L. \_\_\_\_\_ ayant conclu, sur la base des anciens critères, que le trouble somatoforme douloureux affectant le recourant ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si

l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente.

On relèvera en premier lieu que les Dresses P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence de nombreux signes comportementaux (cf. rapport du 3 mai 2010). Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il a lui aussi relevé une amplification verbale des plaintes et un assuré démonstratif (cf. son rapport du 11 octobre 2010), constat également posé par le rhumatologue du L.\_\_\_\_\_. C'est dans ce contexte que les experts du L.\_\_\_\_\_ ont mentionné, toutefois sans effet sur la capacité de travail, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Une exagération des symptômes ne serait dès lors *a priori* pas exclue. La question peut néanmoins demeurer ouverte en l'espèce.

En effet, il ressort de l'examen clinique C.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2010 comme du rapport d'expertise du 3 décembre 2014, plus particulièrement de l'anamnèse, que le recourant a conservé une vie familiale riche, sortant à raison de trois fois par jour en moyenne pour se promener, seul ou avec son épouse, avec laquelle il décrit une bonne entente. Il partage les tâches administratives avec celle-ci, et regarde la télévision deux à trois heures par jour. Trois de ses quatre enfants vivent encore avec lui, et il décrit une bonne relation avec eux également. Si l'assuré vit plutôt replié autour de sa famille proche selon ses déclarations à l'expert, il voit de temps à autre son beau-frère et a des contacts occasionnels téléphoniques avec le reste de la fratrie (sept sœurs et deux frères, qui, à part une sœur qui vit à [...], habitent tous en [...]). Les déclarations faites à l'expert sont quoi qu'il en soit mises à mal à plus d'un titre par les éléments objectifs ressortant du dossier. Ainsi, selon le compte rendu d'entretien du 16 mai 2011, faisant suite à un rendez-vous de l'assuré dans les locaux de l'OAI, il ressort que celui-ci s'est rendu en voiture à l'office ; à cette occasion, il a déclaré partir plusieurs semaines au [...] durant les vacances scolaires, et pouvoir conduire 1h30 à 2h d'affiliée. Il résulte en outre du rapport de police établi le 6 mai 2011 qu'à l'occasion d'une kermesse qui avait lieu à [...] le 26 mars 2011, l'assuré avait été surpris vendant des vélos, dont le nombre avait été estimé à

trente. Compte tenu d'une suspicion de recel, l'assuré avait été amené à s'expliquer et avait alors exposé récupérer les vélos dans la rue, les réparer au besoin et les revendre. Il avait encore précisé qu'il s'adonnait à cette activité depuis trois années, et avait déjà dû vendre près de quarante ou cinquante vélos, au prix moyen de 140 francs. A la question de savoir s'il avait déclaré la somme totale de 5'600 fr. (140 fr. x 40) à l'administration, respectivement avisé les instances d'aide sociale, l'assuré avait répondu en ces termes : « Non. Je suis malade. Je ne peux pas travailler. Je ne peux donc pas dire que j'ai une activité annexe. Je pourrais être pénalisé par les aides sociales que je touche et surtout cela risque de créer un problème pour ma demande de mise à l'assurance-invalidité qui est en cours ». L'assuré, en sus des contacts avec sa famille, a ainsi démontré qu'il était en mesure de prendre contact avec un individu pour organiser la vente des vélos, et se déplacer avec lesdits vélos à [...] pour procéder à leur vente, ce qui atteste de bonnes ressources, en particulier sous l'angle organisationnel.

Au terme de son examen, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a relevé aucun trait de caractère pathologique. Il n'a pas non plus constaté d'hyperactivité ni d'agitation psychomotrice, ni de perturbation qualitative de la psychomotricité, ni de trouble du cours de la pensée ou d'hallucinations. S'il a certes fait état d'une humeur dépressive chez l'assuré, avec un léger ralentissement psychomoteur, aucun trouble cognitif n'a été observé. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ainsi expliqué de façon convaincante que le trouble somatoforme n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère. En outre, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu comme étant sans effet sur la capacité de travail, et le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucune limitation fonctionnelle au plan psychique. Il ne résulte au demeurant pas du rapport d'expertise nombre d'éléments pertinents pour le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Si l'assuré a certes un suivi auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, celui-ci n'a lieu qu'à raison d'une séance par mois. En outre, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état d'un bon pronostic chez son patient. Les experts ont au demeurant répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'assuré était, en raison de ses troubles psychiques, capable de s'adapter

à son environnement professionnel. Or il ressort des rapports du service de réadaptation que le recourant s'est peu investi dans la mesure (cf. avis du service de réadaptation du 29 novembre 2011) ; les représentants de l' [...] ont également relevé que l'assuré n'avait à aucun moment présenté la moindre motivation (cf. rapport du centre [...] du 9 février 2012). Toutefois, l'assuré avait été en mesure, également en 2011, et durant les trois années précédentes, de se consacrer à la vente et à la réparation de vélos, étant rappelé que son état ne s'est pas péjoré depuis la demande de prestations en 2010, et la réalisation de l'expertise L.\_\_\_\_\_. Le comportement de l'assuré apparaît donc incohérent.

Par ailleurs, il est constant que le seul fait de devoir prendre des médicaments n'est pas suffisant pour admettre une incapacité de travail. On relèvera dans ce cadre que les experts du L.\_\_\_\_\_ ont dûment listé la médication de l'assuré, en précisant en particulier la date de début du traitement et celle de la dernière prise des médicaments concernés (cf. expertise, p. 9). Les experts ont dès lors tenu compte de la médication de l'intéressé dans le cadre de leur appréciation de sa capacité de travail. Partant, l'ordonnance du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin-assistant du K.\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise du L.\_\_\_\_\_.

On relèvera enfin que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2013 dont se prévaut le recourant a lui aussi été dûment pris en considération par les experts.

En résumé, force est de constater qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du L.\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2014, et ce également au plan psychiatrique, l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_ s'agissant du caractère non incapacitant du trouble somatoforme douloureux remplissant les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant, la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation étant claires et les conclusions dûment motivées.

**c)** Sur la base de l'avis des trois experts du L.\_\_\_\_\_, il y a donc lieu de reconnaître à l'assuré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à compter du mois de février 2010, avec un rendement réduit de 20% pour tenir compte de la baisse de rendement retenue au plan somatique.

**6. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 30 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Asllan Karaj (pour A.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :