

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 février 2016

---

Composition : Mme THALMANN, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6ss, 16, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 24 octobre 2013, R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations AI. Selon le questionnaire pour l'employeur, le H.\_\_\_\_\_ à [...], du 18 novembre 2013, l'assuré a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> août 1987 en qualité de jardinier tout d'abord à plein temps puis à 50% depuis le 4 juin 2013. Son salaire à plein temps s'est élevé à 69'550 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Dans un rapport du 24 février 2014, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de spondylarthropathie axiale HLAB27, discopathies lombaires pluriétagées sévères avec sciatique L5 droite, coxarthrose bilatérale prédominant à droite, discopathies cervicales C5-C6, C6-C7, C7-D1 et état dépressif réactionnel. Il a estimé l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée entre 50 et 100 pour-cent depuis le mois de juin 2013 à la date de sa consultation du 24 février 2014 et qu'une reprise de travail comme jardinier était peu probable.

Dans un rapport du 25 février 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a posé les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail:

- Spondylarthrite axiale
- Arthrose lombaire sévère et sciatalgie L5 droite intermittente
- Sacro-iliite gauche
- Troubles statique dorso-lombaires
- Syndrome fémoro-patellaire
- Ronchopathie et troubles du sommeil
- Syndrome d'impatience des membres inférieurs
- Coxarthrose bilatérale

Il a en outre indiqué notamment ce qui suit :

"Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)  
Lombalgies chroniques évoluant depuis une vingtaine d'années avec mise en évidence de discopathies (plusieurs consultations au CHUV dès 1996 en neurochirurgie puis orthopédie, Cf. rapport annexé, associé à des rachialgies améliorées par les AINS. Le patient m'a été adressé pour investigation de rachialgies devenant de plus en plus invalidantes en faveur d'un rhumatisme inflammatoire avec découverte d'une sacro-iliite gauche. Prise en charge des douleurs inflammatoires par les anti-TNF alpha Enbrel dès 2013 associant des AINS qui améliorent quelque peu la symptomatologie mais qui est toutefois nettement dominé par des rachialgies mécaniques nécessitant la prise de dérivés morphiniques. Une consultation au CHUV dans le service d'orthopédie sera organisée prochainement (Dr [...]). Actuellement les plaintes sont liées aux lombalgies l'empêchant de travailler comme jardinier sur des engins vibrants, de porter des charges de manière régulière et limitant les flexions répétées du tronc. Il présente également d'importantes douleurs lombaires dès qu'il reste 10 minutes en position statique debout ou assis. Les douleurs lombaires sont constantes mais accentuées par la marche prolongée aussi. Il a bénéficié de plusieurs infiltrations lombaires dont les effets n'ont pas permis une reprise totale de son travail. Un essai a toutefois été effectué en 2013 à 50% mais qui a bien mis en évidence les difficultés liées au travail et aboutissent au début février 2014 à un arrêt complet suite à un nouveau blocage lombaire aigu."

Il a en outre précisé suivre l'assuré depuis le 8 janvier 2013 et que celui-ci pourrait effectuer un travail évitant le port de charges, les mouvements répétitifs de flexion et extension du dos ainsi que la montée et descente des escaliers. Il a joint divers rapports médicaux.

Il a joint notamment un rapport du 6 mars 2014 du Professeur G. \_\_\_\_\_ dont la conclusion est la suivante :

"Discopathies L2-L3 avec protrusion discale globale responsable d'un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du fourreau dural avec répartition des racines de la queue de cheval de type B selon la classification de Lausanne. Discopathie avec protrusion discale L4-L5 foraminale droite avec contrainte potentielle sur la racine L4 droite. Arthrose des massifs articulaires postérieurs L4-L5 prédominant du côté droit.  
Arthrose accusée du massif articulaire postérieur L5-S1 droit avec réaction inflammatoire déterminée par l'injection de Gadolinium.  
Maladie de Bastrup en L4-L5 et L5-S1. L'atteinte inflammatoire de ces deux ligaments interépineux pourrait également entrer dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante de ce patient."

Mandaté expert par l'assureur perte de gain, L. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a établi son rapport le 14 avril 2014. Il a

posé les diagnostics de rachialgies chroniques sur sérieux troubles statiques sur le plan sagittal avec troubles dégénératifs étagés marqués (notamment à l'étage dorsal, en L2-L3 et L4-L5) et de troubles somatoformes douloureux persistants. Il a notamment exposé ce qui suit :

"Les troubles statiques et dégénératifs sont évidents mais il n'y a pas de hernie discale ou de rétrécissement canalaire.

Personnellement je ne retiendrais pas un diagnostic de sacroiliite ou de spondylarthrite en l'absence de spondylite, de B27, l'image du pied de la sacro-iliaque gauche étant tout-à-fait mineure et non spécifique pour moi.

Actuellement le tableau est essentiellement de type somatoforme avec présence de nombreux signes de non-organicité chez un patient douloureux chronique. Je n'ai par contre pas de signe d'amplification volontaire des douleurs."

L'expert a estimé douteux que le travail de jardinier soit adapté dès lors qu'il retenait comme limitations fonctionnelles en lien avec les troubles dégénératifs rachidiens qualifiés de manifestes :

- Le port de charges répétitif de plus de 7,5 kg.
- Le travail en porte-à-faux antérieur.
- Le maintien des postures statiques.

Il a indiqué que l'on pourrait exiger, potentiellement à un taux complet, toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, par exemple les activités industrielles légères. Il a déclaré avoir demandé à l'assuré de se reprendre en charge dans le sens d'un reconditionnement par des marches et des efforts progressifs et a proposé à l'assureur perte de gain une incapacité de travail totale jusqu'à fin mai 2014. Pour la suite, dès le 1<sup>er</sup> juin, il a estimé que l'assuré devrait s'annoncer à l'office de chômage pour rechercher une activité à 100% ou éventuellement à 50% s'il reprenait son ancien emploi à mi-temps. Le pronostic lui paraissait très réservé vu la chronicité des douleurs, une organicité mécanique étant indéniable mais n'expliquant de loin pas la globalité des douleurs. Il doutait beaucoup de l'octroi par l'AI d'un reclassement professionnel chez un patient sans formation âgé de 55 ans ou de prestations de rente et pensait que vu le diagnostic retenu, l'Office de l'assurance-invalidité pour

le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) procéderait le cas échéant à une évaluation de la comorbidité psychiatrique.

Par communication du 13 mai 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une mesure d'orientation professionnelle.

Mandaté expert par l'assureur perte de gain, le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a établi son rapport le 4 juillet 2014. Il a posé les diagnostics suivants :

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

F32.2/ F32.0 Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle. Actuellement nous objectivons un épisode dépressif léger F32.0 à la limite de l'épisode dépressif moyen.

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

F54 Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs F54, sans critères jurisprudentiels de gravité remplis.

Tenant compte de l'anamnèse, des tests et mesures psychométriques et de l'examen clinique actuel, l'expert a retenu que la symptomatologie de l'intéressé correspondait à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle. Il s'agissait d'un trouble réactionnel à des douleurs dorsales et à une cure d'hémorroïdes, l'épisode dépressif actuel étant léger selon l'expert. Celui-ci n'a pas constaté la présence de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels étant en lien avec un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle.

L'expert a en outre exposé ce qui suit :

"V.7 Somatisation  
V.7.1. Anamnèse

Selon les critères généraux au sens de la CIM-10 on doit rechercher des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables, pendant au moins deux ans, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable.

Dans le cas présent, l'exploré a des plaintes douloureuses multiples, fluctuantes qui sont compatibles avec un trouble douloureux somatoforme persistant, diagnostic non retenu par le psychiatre traitant. Dans la mesure où un substrat organique est retenu, ce diagnostic ne doit pas être maintenu.

#### V.7.2 Syndrome douloureux somatoforme persistant

Examen clinique : critères pour un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant selon la CIM-10:

##### Douleur intense et persistante

La plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique. Tenant compte de l'intensité des plaintes algiques on peut penser que la détresse de l'assuré est réelle, malgré l'absence de mimique algique durant l'entretien d'expertise.

##### Contexte psychosocial

La plainte douloureuse survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme étant la cause essentielle du trouble.

Selon l'anamnèse, l'investigué fait mention de plusieurs conflits intrapsychiques ayant précédé l'apparition de ses douleurs physiques. Toutefois, la présence d'une pathologie somatique sous-jacente contredirait ce critère diagnostic.

##### Sollicitude

Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins.

Dans le cas présent, l'assuré bénéficie effectivement de la sollicitude de ses médecins et de son entourage. Il consulte fréquemment plusieurs médecins et une expertise rhumatologique aurait retenu un substrat organique ne pouvant pas expliquer l'intensité des douleurs.

##### Exclusion

Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie est un critère d'exclusion.

Dans le cas présent, la douleur de l'assuré n'est pas survenue au cours d'un trouble dépressif, ou d'une schizophrénie. En effet, les symptômes dépressifs actuels seraient postérieurs et partiellement réactionnels aux douleurs somatoformes, selon l'anamnèse.

#### V.7.3 Conclusion

F 45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant.

#### V.7.4 Critères de gravité du trouble somatoforme

V.7.4.1 Présence / absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

Dans cette situation nous n'objectivons pas une symptomatologie dépressive ou anxieuse majeures, avec des limitations fonctionnelles significatives selon la jurisprudence en vigueur, dans le contexte d'un épisode dépressif léger actuellement et non pas sévère. En effet, suivant les activités quotidiennes qui restent possibles (voir

Chapitre IV), nous ne retenons pas actuellement un épisode dépressif sévère, qui a été toutefois présent dans le passé. En conclusion, ce critère essentiel de gravité n'est pas actuellement rempli.

V.7.4.2 Un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques.

Dans cette situation nous objectivons des douleurs persistantes depuis plus de deux ans sans rémission durable, donc le critère temporel est rempli. Toutefois, nous ne pouvons pas retenir l'absence d'amélioration thymique.

Aucune maladie somatique sérieuse et incapacitante n'accompagne le tableau clinique selon l'expertise rhumatologique.

V.7.4.3 Une éventuelle perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Dans cette situation, nous ne constatons pas de perte d'intégration sociale, dans la mesure où l'assuré entretient des relations avec plusieurs membres de sa famille, voire avec des amis.

Nous ne retenons pas ce critère.

V.7.4.4 L'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée.

Ce critère n'est pas encore rempli, car nous constatons une amélioration thymique dès qu'un traitement adéquat ait été introduit.

V.7.4.5 L'existence d'un état psychique cristallisé

Nous ne pouvons pas répondre d'une façon tranchée à cette question, mais l'amélioration thymique et les activités quotidiennes encore possibles (voir Chapitre IV) plaident contre l'existence d'un état psychique cristallisé.

V.7.4.6 Les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable

Nous retenons un décalage existant entre les plaintes subjectives et le constat objectif, au niveau des répercussions des plaintes sur les activités de la vie quotidienne (surtout au niveau de troubles de la concentration), mais nous ne concluons pas quant à l'existence d'une exagération volontaire des plaintes.

V.7.4.7 Conclusion

Intégrant l'ensemble du tableau clinique au dossier asséurologique en possession de l'expert au cas où un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sera retenu, nous concluons quant à l'absence de facteurs de gravité jurisprudentiels remplis.

Selon le substrat organique existant nous retiendrons soit un Syndrome douloureux somatoforme persistant, soit des Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs F54. Cette dernière entité diagnostique nous semble plus probable dans cette situation, étant donné l'existence d'un trouble somatique expliquant au moins partiellement les douleurs selon l'anamnèse."

L'expert n'a pas constaté les limitations fonctionnelles significatives qui ont été présentes dans le passé selon l'anamnèse (ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, etc.), en dehors d'une fatigue et d'une fragilité psychique en lien avec les douleurs persistantes. Il a estimé que les symptômes n'étaient plus aussi incapacitants actuellement qu'auparavant, puisqu'il n'existait plus de répercussions significatives des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage d'un point de vue psychiatrique, ni dans les activités sociales. Il recommandait la poursuite du traitement actuel, avec un arrêt progressif des benzodiazépines. Il a en outre répondu comme il suit aux questions suivantes de l'assureur perte de gain :

"VII.6 Quelle est la capacité de travail de M. R. \_\_\_\_\_ dans le cadre du chômage ? Cas échéant, à quel taux et à partir de quand ? En l'absence de limitations fonctionnelles psychiques à ce jour, la capacité de travail dans le cadre du chômage est pleine et entière. La dernière activité professionnelle est une activité adaptée d'un point de vue psychiatrique.

VII.7 Des éléments non médicaux influencent-ils la durée de l'incapacité de travail ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?

Oui, il s'agit d'un déconditionnement en cours d'aggravation.

VII.8 Pronostic ?

Le pronostic psychiatrique semble positif, tenant compte d'une amélioration symptomatique après une prise en charge adéquate, mais le pronostic d'une reprise professionnelle dépend du status somatique."

Le 3 juin 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a écrit au médecin-conseil de l'assureur perte de gain notamment ce qui suit :

"L'état psychologique et physique de M. R. \_\_\_\_\_ ne lui permet pas une reprise de son travail comme vous l'avez souhaité, même partielle au 2 juin 2014. De ce fait, je prolonge l'arrêt de travail complet qui est en cours depuis le début de l'année.

Comme vous le savez il a eu plusieurs consultations médicales notamment avec le Pr [...], Professeur d'Orthopédie, qui l'a adressé au Pr [...] au Centre d'Antalgie à [...] mais qui ne peut pas aboutir à un traitement efficace ni par la chirurgie ni par des infiltrations facettaires. Une prise en charge psychiatrique est en cours (Dr N. \_\_\_\_\_).

Je pense que M. R. \_\_\_\_\_ devra utiliser les services de l'AI pour effectuer une rééducation professionnelle en vue d'un changement

de poste de travail, les atteintes rachidiennes sont en effet trop importantes pour que le patient puisse reprendre valablement ce travail lourd et difficile.

J'ai fait une demande au [...] auprès du Dr K. \_\_\_\_\_ pour prise en charge de type rééducation du rachis, mais cette demande est en attente."

Dans un rapport du 18 juillet 2014, le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif sévère depuis février 2014, trouble anxieux, lombalgies chroniques et douleurs au membre inférieur droit et aux cervicales. Il a exposé traiter le recourant depuis mai 2014. Il a constaté une humeur dépressive, des troubles du sommeil une anhédonie, la perte d'élan vital ainsi que des douleurs, le pronostic étant réservé en raison des douleurs. Il attestait d'une incapacité de travail totale dans l'activité de jardinier du 17 janvier au 30 septembre 2014. En ce qui concerne les restrictions, il mentionnait des douleurs articulaires très importantes et des difficultés de concentration et de mémoire. Il estimait la capacité de travail à 30 % au maximum dans une activité adaptée.

Dans un avis du 28 août 2014, les Drs V. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI ont indiqué notamment ce qui suit :

#### "Discussion

Nous sommes en présence d'une atteinte à la santé d'ordre rhumatologique qui date depuis longtemps (1998), caractérisé par un cadre de chronicisation et aggravation lent et progressif et des limitations fonctionnelles liés surtout aux douleurs qui nécessitent une prise en charge complexe et multimodale (infiltrations, dérivés morphiniques).

Le contenu de l'expertise rhumatologique du Dr Q. \_\_\_\_\_ le 14.04.2014 présente une anamnèse et un status clinique détaillé, les plaintes du patient ont été prises en considération et les points litigieux ont été discutés de façon convaincante; nous adhérons à ses conclusions.

L'expertise psychiatrique du Dr W. \_\_\_\_\_ du 04.07.2014 est fondée sur une analyse détaillée des documents à disposition et des plaintes de l'assuré; les critères de gravité de la jurisprudence en présence de diagnostics de fibromyalgie et de majoration de symptômes sont évalués avec précision.

L'appréciation de l'exigibilité est cohérente à la constatation d'un épisode anxio-dépressif à la suite de douleurs dorsales et d'une cure d'hémorroïdes.

Dès lors, il n'y a pas de motifs de s'écarter de ses conclusions.

A signaler que dans le RM du Dr N. \_\_\_\_\_, les éléments psychiatriques et neuropsychologiques ne sont pas détaillés, il n'y a pas de status clinique et d'anamnèse intermédiaire, le pronostic se base sur les plaintes de l'assuré (douleurs).

Nous concluons à une appréciation différente de la même situation et nous retenons la position du Dr W. \_\_\_\_\_, car les arguments sont bien étayés."

Le 23 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité de jardinier à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 28 avril 2013. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 28 avril 2014, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges répétitifs de plus de 7.5kg ; pas de travail en porte-à-faux antérieur ; pas de maintien des postures statiques).

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, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

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 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1% ; La Vie économique, tableau B 10.2) puis de 2011 à 2012 (0.80%), de 2012 à 2013 (pas d'indexation) et enfin de 2013 à 2014 (0.70%), on obtient un revenu annuel de CHF 62'706.23 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'435.60.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 69'550.00 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée, soit CHF 56'435.60 par année.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	69'550.00		
avec invalidité	CHF	56'435.60		
La perte de gain s'élève à	CHF	13'114.40	=	un degré d'invalidité de 18.86%"

Le 13 novembre 2014, l'assuré a fait part de ses objections et conclu à l'annulation de ce projet de décision, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 28 avril 2013, à l'octroi de mesures de réadaptation et à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. Il a produit les pièces suivantes :

- une lettre du 29 octobre 2014 du Dr N. \_\_\_\_\_ adressée au conseil de l'assuré et dont la teneur était la suivante :

"Les rapports d'expertise n'ont pas fait une étude fouillée de tous les points litigieux.

Les aspects somatiques et le syndrome douloureux chronique de Mr R. \_\_\_\_\_ n'ont pas été suffisamment étudiés. La problématique douloureuse est sous-évaluée dans les deux rapports ainsi que son impact psychique et sur l'incapacité de travail durable et le handicap qu'elle génère.

Mr R. \_\_\_\_\_ vient de faire un séjour de trois semaines au [...] à l'Hôpital orthopédique en raison de cette problématique et les conclusions des collègues qui l'ont examiné devraient également être prises en compte.

L'expertise du docteur W. \_\_\_\_\_ n'a pas évalué suffisamment l'état dépressif et anxieux de Mr R. \_\_\_\_\_ bien qu'elle a reconnu le diagnostic d'état dépressif majeur au cours de l'année 2014. Selon l'échelle d'Hamilton réalisée le 23.10.2014, Mr R. \_\_\_\_\_ présente toujours un état dépressif moyen car il a un score de 24 points dans cette évaluation. Je conteste le score de 15 évalué par le Dr W. \_\_\_\_\_ avec une sous-évaluation du trouble dépressif et anxieux. Le trouble dépressif récurrent n'a pas été exploré ni pris en compte dans le diagnostic alors que le début de la pathologie douloureuse a favorisé cette comorbidité dépressive depuis 2013 au moins.

L'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ sous[-]évalue l'incapacité de travail de Mr R. \_\_\_\_\_ malgré qu'il reconnaît « des troubles dégénératifs rachidiens manifestes (discopathies de D5 à D10, L2-L3, L4-L5 et arthrose assez sérieuse ».

Par ailleurs à la page 18 le Dr W. \_\_\_\_\_ affirme «qu'aucune maladie somatique ni incapacitante n'accompagne le tableau clinique» reprenant des conclusions très contestables du rhumatologue qui a fait l'expertise. Il ne s'agit pas d'un «syndrome douloureux somatoforme» car il y a une base somatique pour les douleurs. Dans le même sens la conclusion de la page 19 sur « l'absence de facteurs de gravité » est très contestable. Dans cette même phrase on voit une contradiction de sa part puisque le Dr W. \_\_\_\_\_ reconnaît « l'existence d'un trouble somatique expliquant partiellement les douleurs ». Il ne s'agit pas donc d'un trouble somatoforme.

Le rapport médical du professeur [...] du 02.04.2014 donne également des éléments importants sur la pathologie somatique de Mr R. \_\_\_\_\_ qui n'ont pas été pris en compte par les deux experts." ;

- une lettre du 5 novembre 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_ au conseil de l'assuré rédigée en ces termes :

"1) Les rapports d'expertise des Drs précités font-ils une étude fouillée de tous les points litigieux?  
Oui

2) Ces rapports se fondent-ils sur des examens complets ?  
Oui

3) Ces rapports prennent-ils en considération l'ensemble des plaintes exprimées par notre assuré?  
Oui

4) Ces rapports ont-ils été établis en toute connaissance du dossier (anamnèse) ?

Oui

5) Les conclusions sont-elles bien motivées ?

Oui

6) Sur la base des examens pratiqués sur notre assuré, partagez-vous les conclusions des experts et, dans la négative, pour quelles raisons ?

Effectivement après lecture du rapport principal de la L. \_\_\_\_\_ par le Dr Q. \_\_\_\_\_ qui a été repris par l'AI sans autre, je ne partage pas les conclusions.

En effet au vu des éléments dégénérateurs de la colonne lombaire et des douleurs dont il se plaint associé à un déconditionnement physique, nous avons organisé une prise en charge à l'Hôpital Orthopédique de type rééducation pendant 3 semaines terminée récemment. Cette évaluation a mis en évidence qu'il persistait des douleurs et des limitations physiques dans les mouvements de tous les jours. Cela me fait donc contester que M. R. \_\_\_\_\_ dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état. Je pense que dans l'immédiat et pour les prochains mois cette capacité est de 50% dans un travail adapté (à rechercher d'ailleurs). Il n'y a aucune activité possible dans son activité habituelle de jardinier.

Je conteste donc la décision de la L. \_\_\_\_\_ de lui reconnaître 50% dans son activité habituelle de jardinier à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014.

J'ai proposé à M. R. \_\_\_\_\_ de s'inscrire au chômage pour rechercher une activité adaptée à son état à 50% uniquement. Il s'agira de déterminer par la suite s'il peut jouir d'une capacité entière dans un travail adapté qu'il conviendra de trouver."

Dans un rapport du 10 novembre 2014, les Dresses B. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie du CHUV ont posé les diagnostics de :

- Rachialgies chroniques associées à une sciatalgie bilatérale aspécifique, dans le cadre de :
- Cyphose dorsale
- Arthrose facettaire étagée,
- Spondylarthropathie HLA-B27 positive
- Séquelles de Maladie de Scheuermann
- Etat dépressif réactionnel

Elles ont en outre exposé ce qui suit :

"Synthèse - Discussion et évolution

Pour ce patient, la rééducation intensive pendant 3 semaines n'a pas eu l'effet escompté. En effet, nous ne notons aucune amélioration sur le plan des douleurs ni de la mobilité ni de la force musculaire. Le patient est légèrement plus souple en fin d'hospitalisation, mais reste kinésiophobe. Les scores effectués montrent une légère amélioration de l'auto-évaluation des capacités physiques. On note une légère amélioration au niveau de l'endurance avec un périmètre de marche passant de 200 m à 500 m en fin d'hospitalisation. Nous avons tenté le traitement par Targin qui n'a pas eu l'effet escompté et ce traitement est arrêté. Nous avons également revu les images radiologiques de ce patient au colloque multidisciplinaire du rachis. L'IRM ne montre pas de signe inflammatoire ni de signe en faveur d'une spondylarthrite ankylosante (antécédent connu chez ce patient). A noter que le traitement par Felden 20 mg a été instauré à la dernière semaine d'hospitalisation et nous vous laissons le soin de décider selon l'évolution clinique s'il faut continuer ce traitement.

Pendant son séjour, M. R. \_\_\_\_\_ s'est montré très anxieux et moralement très affecté par ses douleurs et son avenir professionnel. Nous augmentons, après avis psychiatrique (téléphonique), la posologie du Temesta de 1 à 2.5 mg le soir et notons une légère amélioration sur le plan de l'anxiété ainsi que du sommeil. Nous laissons le soin au psychiatre de ce patient de réévaluer ce patient, à distance de l'hospitalisation, à la fois sur le plan clinique et thérapeutique afin de le stabiliser sur le plan psychique et de lui assurer ainsi, une meilleure qualité de sommeil. Ce patient poursuivra en ambulatoire la physiothérapie à sec et en piscine afin de continuer à appliquer ce qu'il a appris pendant son séjour hospitalier. Il sera revu à la consultation du Dr K. \_\_\_\_\_ le 04.12.2014 pour contrôle clinique et suite de prise en charge."

Le 26 novembre 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ a écrit notamment ce qui suit au conseil de l'assuré :

"Le rapport d'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ fait-il une étude fouillée de tous les points litigieux ?

Oui

Ce rapport se fonde-t-il sur des examens complets ?

Oui, même si le status clinique ne fait ressortir que les éléments majeurs avec quelques imprécisions, il est globalement similaire à ma propre estimation, lorsque j'avais vu le patient au mois de juillet

Ce rapport prend-t-il en considération l'ensemble des plaintes exprimées par l'assuré ?

Oui.

Ce rapport a-t-il été établi en toute connaissance du dossier ?

Oui

Les conclusions sont-elles bien motivées ?

Il me semble que oui. En effet, en ce qui concerne le plan rhumatologique, on retient des rachialgies chroniques sur des

importants troubles statiques, une importante cyphose dorsale avec troubles dégénératifs étagés marqués.

Ceci suffit, à mon avis, pour expliquer la symptomatologie douloureuse. Il est vrai que des signes de majoration sont présents (en particulier des signes de Waddell), mais sont probablement plus liés à l'épuisement et à la crainte du patient d'avoir mal, que des signes allant dans le sens d'un trouble somatoforme.

Sur la base des examens pratiqués sur l'assuré, partagez-vous les conclusions de l'expert et, dans la négative, pour quelles raisons ?

Dans le contexte réel, je crois qu'il faut retenir effectivement une activité avec des limitations fonctionnelles, comme l'a souligné le Dr Q. \_\_\_\_\_, à savoir des ports de charge maximum de 7.5 kg, d'éviter le travail en porte-à-faux antérieur.

Comme il présente des troubles statiques majeurs importants - cyphose-, et dans ce contexte, il me semble illusoire d'envisager une reprise professionnelle dans l'activité précédente. En effet, celle-ci nécessiterait des ports de charge nettement supérieurs. Ainsi ce patient n'a donc pas de capacité de travail dans son ancienne activité comme ouvrier-jardinier, mais dans une activité adaptée légère, permettant l'alternance des postures, il pourrait effectivement travailler."

Le 8 janvier 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ a écrit au conseil de l'assuré une lettre en ces termes :

"Je maintiens mon appui à M. R. \_\_\_\_\_ concernant son incapacité de travail dans une activité physique comme son travail antérieur de jardinier. Il possède sans doute une capacité de travail, même limitée, dans un travail léger d'environ 50% actuellement et de ce fait, je soutiens les mesures entreprises par M. R. \_\_\_\_\_ d'envisager au moins une reprise partielle dès janvier à 50%. Il effectuera donc une recherche d'emploi qui tiendra compte de l'état dégénératif de son dos qui l'empêche de reprendre une activité physique très importante, d'autant plus qu'il a dû interrompre son ancien travail de jardinier depuis 2013 (perte musculaire). Le déconditionnement physique, malgré l'hospitalisation de 3 semaines en 2014 et de la rééducation régulière encore en cours actuellement ne lui permettent pas dans l'immédiat de retrouver un poste trop physique. Les limitations sont d'ailleurs détaillées dans le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_.

L'inscription pour une recherche d'emploi à l'Office Cantonal de l'Emploi va lui redonner un peu confiance en lui-même en attendant que les assurances perte de gain et de l'AI puissent se pencher à nouveau sur son incapacité actuelle.

Les sévères atteintes rachidiennes dégénératives sont un motif suffisant pour demander un travail adapté. A cela s'ajoute malgré tout un rhumatisme inflammatoire possible (spondylarthropathie avec présence du HLA-B27 connu), cela même s'il n'y a pas d'atteintes des sacro-iliaque ou visibles à l'IRM du rachis. Il n'est pas rare que l'examen IRM bien que très sensible ne révèle pas certaines

lésions inflammatoires ligamentaires, celles-ci pouvant varier de localisation et de mois en mois. En témoigne l'utilisation chronique d'un AINS, le Feldene qui est un puissant anti-inflammatoire non stéroïdien qu'il doit prendre journalièrement et qui est plus efficace pour ce genre de pathologie rhumatologique que les antalgiques de type paracétamol ou Tramadol."

Le Dr K. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 5 février 2015, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail suivants :

- "• Lombo-pygalgie chronique avec sciatgie bilatérale dans le cadre de :
  - Trouble dégénératif sous forme d'arthrose facettaire.
  - Spondylarthropathie HLA-B27 positive sans signe d'activité.
  - Déconditionnement physique et psychique.
- Cervico-dorsalgie chronique dans le cadre d'une hypercyphose dorsale sous séquelle de maladie de Scheuermann.
- Etat dépressif réactionnel."

Il résulte de son rapport notamment ce qui suit :

"1.6

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que:

Profession: Aide-jardinier.

100% d'arrêt de travail depuis le 29.04.2013 au 03.06.2013, puis 50% du 04 06 2013 au 16.01.2014.

Depuis, poursuite de l'arrêt de travail.

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour:

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

L'activité comme aide-jardinier ne peut plus être maintenue

Les travaux en flexion et les postures prolongées ne sont pas compatibles avec son état de santé.

Un travail léger, avec peu de marche, sans manutention de charges lourdes au-delà de 5-10 kg, pourrait être adopté.

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle-encore exigible?

-

Dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible?

Il pourrait exercer à partir de 3 mois de la fin de la prise en charge, à savoir depuis décembre 2014, en évitant des ports de charges dépassant 5-10 kg, dans une activité plutôt administrative, voire une activité en usine où le patient peut alterner les postures assis/debout et ne dépassant les 20 minutes.

1.8

Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles :

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?

Non.

1.9

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail?

Non."

Dans un avis du 5 mai 2015, la Dresse V. \_\_\_\_\_ du SMR a exposé en particulier ce qui suit :

"Discussion

Au plan somatique, nous disposons des appréciations de trois spécialistes qui convergent vers une estimation d'IT [incapacité de travail] totale dans l'activité habituelle.

En particulier, nous signalons que le Dr M. \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, ne s'écarte pas des conclusions de l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ aux points du 1 au 5 de son courrier du 05.11.2014. Pour ce qui concerne la CT [capacité de travail] dans une activité adaptée, au point 6 il conteste l'appréciation de l'expert d'une CT de 100%, en se basant sur l'évaluation réalisée à l'Hôpital orthopédique en septembre-octobre 2014. Nous rappelons que la Dresse B. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la CT ; par contre, le Dr K. \_\_\_\_\_, rhumatologue de l'Unité du Rachis du [...], dans son rapport du 05.02.2015 et dans son rapport d'évaluation d'expertise du 26.11.2014 (GED 09.02.2015) confirme les conclusions de l'expert.

Au plan psychiatrique, le psychiatre, Dr N. \_\_\_\_\_, retient que l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ ne présente pas une valeur probante et que les troubles psychiques de son patient ont été sous-évalués. Il conteste le fait que les aspects somatiques et le syndrome douloureux de l'assuré n'ont pas été suffisamment étudiés.

Il sort de son domaine de compétences quand il affirme que le Dr Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue aux compétences reconnues, n'aurait pas estimé à sa juste valeur les troubles rachidiens dégénératifs.

A ce propos, en sortant de nos compétences mais énonçant un principe de base en orthopédie, nous pouvons affirmer que la corrélation entre lésions objectivables et manifestations cliniques n'est pas nécessairement linéaire.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ retient aussi que l'état dépressif et anxieux a été sous-évalué par l'expert en raison d'un différent résultat dans l'échelle d'Hamilton entre le rapport d'expertise (épisode léger) et sa dernière consultation du 23.10.2014 (état moyen).

Ces variations sont compatibles avec la méthode; en effet, l'échelle de Hamilton est construite à partir des affirmations du patient, donc subjectives, et validées surtout à titre comparatif diachronique.

A [la] page 18 de son expertise, le Dr W.\_\_\_\_\_ objective les douleurs persistantes mais il retient une amélioration thymique. A [la] page 19 il retient l'absence des facteurs jurisprudentiels responsables du caractère incapacitant du trouble somatoforme douloureux. En effet il ne nie pas la présence d'une problématique somatique qui peut expliquer le syndrome somatoforme mais exclut une pathologie psychiatrique incapacitante.

#### Attitude

Dans un enjeu asséculoologique, comme dans le cas qui nous occupe, il est tout-à-fait compréhensible une différence d'appréciation surtout si elle peut [être] retenue comme élément de contestation.

Nous ne pouvons pas retenir ni le volet rhumatologique de la contestation ni le volet psychiatrique. Nous adhérons aux conclusions de l'expertise, qui respecte les critères énoncés dans la lettre circulaire 313 de l'OFAS [Office Fédéral des Assurances Sociales].

Le Dr N.\_\_\_\_\_ apprécie de façon différente la même situation, avec, entre autre, des éléments sortant de son domaine."

Par décision du 16 juin 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs que dans son projet de décision.

**B.** Le 13 août 2015, R.\_\_\_\_\_, représenté par Me Joëlle Vuadens, a recouru contre cette décision en concluant avec dépens à son annulation, et principalement à l'octroi d'une rente complète, subsidiairement à des mesures de reclassement professionnel et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, plus subsidiairement qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Il soutient en substance qu'il ressort des rapports médicaux produits au dossier particulièrement de celui du Dr M.\_\_\_\_\_ que le recourant souffre d'éléments dégénératifs de la colonne lombaire qui n'ont pu être améliorés par une rééducation de trois semaines auprès de l'hôpital orthopédique, le Dr M.\_\_\_\_\_ en concluant que le recourant dispose tout au plus d'une capacité de travail de 50 % dans un travail adapté. Il ajoute que l'ensemble des médecins consultés s'accordent à dire que le recourant souffre de rachialgies chroniques sur de sérieux troubles statiques avec des troubles dégénératifs étagés marqués. Il allègue qu'âgé de 56 ans, ne disposant d'aucune formation, il

n'est pas en mesure de retrouver une activité professionnelle tenant compte de ses limitations fonctionnelles sans bénéficier au préalable d'un reclassement au cas où ses limitations fonctionnelles lui permettraient de reprendre une activité adaptée un taux de 50 %. Enfin il requiert une expertise pluridisciplinaire qui tienne compte de l'ensemble de ses troubles et de leur interaction.

Par réponse du 6 octobre 2015, l'OAI a soutenu que les avis des médecins traitants ne sauraient remettre en cause les conclusions des experts. Il a toutefois relevé que la nouvelle jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral et relative au trouble somatoforme douloureux était applicable à la présente procédure. Les experts ayant eu recours à la grille d'évaluation de l'ancienne jurisprudence, l'OAI estime nécessaire de solliciter un rapport complémentaire des experts qui se sont déjà prononcés respectivement en nommer d'autres étant d'avis que les éléments à disposition ne permettent pas de se positionner quant aux différents indicateurs prévus par la jurisprudence. Dès lors que la décision attaquée a été rendue avant le communiqué de presse publié par le Tribunal fédéral, il estime que le complément d'instruction devrait être réalisé dans le cadre de la procédure judiciaire.

Dans son écriture du 29 octobre 2015, le recourant a maintenu sa conclusion de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'autorité judiciaire.

### **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. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2.** La question à examiner est celle du droit à la rente du recourant.

**3.** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de

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

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

**5.** 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), les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), le traumatisme

de type "coup du lapin" (ATF 130 V 352 consid. 3) ou encore l'hypersomnie non organique (ATF 137 V 64).

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 psychosocial 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 (inévitabile) 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).

**6. a)** En l'occurrence, sur le plan psychique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle en relevant qu'il objectivait au moment de l'expertise un épisode dépressif léger à la limite de l'épisode dépressif moyen. Ce praticien est d'avis que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne doit pas être maintenu dans la mesure où un substrat organique est retenu. Il a toutefois examiné les critères posés par la jurisprudence concernant ces troubles pour conclure qu'ils ne sont pas remplis. Il a finalement posé le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F 54) en mentionnant "sans critères jurisprudentiels de gravité remplis". Selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>e</sup> révision, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], p. 174), cette catégorie doit être utilisée pour noter la présence de facteurs psychologiques ou comportementaux supposés avoir joué un rôle majeur dans la survenue d'un trouble physique classé dans l'un des autres chapitres de la CIM-10, les perturbations psychiques résultant de ces facteurs étant habituellement légères et souvent persistantes (par exemple une inquiétude, un conflit émotionnel ou une appréhension), et ne justifiant pas un diagnostic de l'un des troubles décrits dans le chapitre V.

L'expertise ne permet pas de savoir si ce diagnostic en tant que tel peut sur le plan médical entraîner une incapacité de travail ni dès lors si la jurisprudence relative aux troubles somatoformes est applicable. L'expert ne retient pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique et estime le pronostic positif compte tenu d'une amélioration. Le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre également, ne retient pas ce diagnostic ni celui classé sous F54 dans la CIM-10. En revanche, il retient le diagnostic d'état dépressif sévère, ayant constaté une humeur dépressive, des troubles du sommeil une anhédonie, la perte d'élan vital ainsi que des douleurs et ne constate pas d'amélioration. Dans leur avis du 28 août 2014, les Drs V.\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, qui déclarent se référer à l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, mentionnent le diagnostic de fibromyalgie qui est un diagnostic somatique. Quant au Dr M.\_\_\_\_ et au Dr K.\_\_\_\_\_, ils mentionnent un état dépressif réactionnel.

Au vu de ces avis divergents, du manque de précision de l'expertise, il n'est pas possible de savoir quel diagnostic doit être retenu sur le plan psychiatrique ni bien évidemment si celui-ci a une incidence sur la capacité de travail du recourant.

**b)** Sur le plan somatique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de rachialgies chroniques sur sérieux troubles statiques sur le plan sagittal avec troubles dégénératifs étagés marqués (notamment à l'étage dorsal, en L2-L3 et L4-L5). Il estime que le recourant a une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Le Dr K.\_\_\_\_\_ estime également que le recourant peut travailler dans une activité adaptée à partir de trois mois dès la fin de la prise en charge par l'Unité de Réhabilitation du DAL (Département de l'appareil locomoteur), à savoir depuis décembre 2014, en évitant des ports de charges dépassant 5-10 kg, dans une activité plutôt administrative, voire une activité en usine où le patient peut alterner les postures assis/debout et ne dépassant pas les vingt minutes. Le Dr M.\_\_\_\_\_ retient quant à lui une capacité de travail de 50%, relevant dans son rapport du 5 novembre 2014 qu'une activité adaptée à plein temps dans l'immédiat et dans les prochains mois n'est pas possible, l'évaluation par l'Hôpital Orthopédique ayant mis en

évidence qu'il persistait des douleurs et des limitations physiques dans les mouvements de tous les jours. Toutefois, ces médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant. L'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ apparaît insuffisamment motivée et ne saurait mettre en doute les conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_ quant à l'influence des troubles somatiques uniquement sur la capacité de travail, ceci à la date de l'expertise.

**c)** Il y a lieu de relever en outre que l'assureur perte de gain a ordonné deux expertises, l'une sur le plan psychiatrique, l'autre sur le plan somatique. Dès lors, une analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles du recourant et l'appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts n'a pas été effectuée.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur

probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan psychiatrique notamment, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis 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 —, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, notamment sur les plans psychiatrique et rhumatologique - pour tenir compte sur ce dernier plan de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ - (cf. art. 44 LPGA), compte tenu le cas échéant de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes (ATF 141 V 281).

**8. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais d'arrêt à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. TVA comprise, au regard de

l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. \_\_\_\_\_, la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Les frais d'arrêt arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Joëlle Vuadens (pour R. \_\_\_\_\_),
- 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 :