

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 novembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6ss, 43 al. 1 et 44 LPGA; 28 al. 1 let. b. et c LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], praticien d'exploitation de formation, travaillait depuis le 1^{er} août 2001 en qualité de commis administratif pour le compte de la République et canton de [...].

Souffrant de lombalgies chroniques, il a déposé le 22 juin 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès du Dr K._____, médecin traitant (rapport du 15 octobre 2012), lequel a fait état de lombalgies chroniques et d'un syndrome radiculaire S1 droit sur hernie discale L5-S1 et retenu l'existence d'une capacité de travail de 25 %.

En annexe de ce rapport figurait un rapport médical établi par les Drs I._____, M._____ et X._____, médecins rattachés auprès du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des [...] ([...]). Dans leur rapport du 10 septembre 2012, ces médecins ont retenu les conclusions suivantes :

M. A._____ présente une histoire clinique assez typique d'un syndrome radiculaire S1 sur hernie discale d'évolution favorable mais avec des lombalgies résiduelles qui s'expliquent avant tout selon un modèle fonctionnel par une perte de coordination musculaire et un cercle vicieux de limitation antalgique et déconditionnement. Nous avons en effet été frappés par l'importante appréhension avec laquelle le patient effectue certains mouvements et il nous semble urgent d'interrompre ce cercle vicieux en entamant une physiothérapie de mobilisation progressive basée essentiellement sur des exercices actifs. Une telle prise en charge pourrait par exemple être effectuée par M. [...] au [...] ou M. [...].

Le traitement antalgique pourrait être temporairement augmenté afin de favoriser cette remise en mouvement en conservant le paracétamol (Dafalgan®) sans dépasser la prise de 4g/j mais en ajoutant un anti-inflammatoire en réserve comme l'ibuprofène que M. A._____ avait eu antérieurement. Nous proposons également de modifier le traitement antidépresseur au profit d'une substance documentée pour son effet élévateur du seuil de la douleur, en premier lieu l'amitriptyline. Nous vous proposons de débiter à

25mg. La dose doit être progressivement augmentée à 50 puis 75mg avec chaque fois un délai d'une semaine. L'amitriptyline doit être prise le soir au vu de son effet sédatif, effet qui sera bénéfique en présence des troubles du sommeil présentés par M. A._____. L'effet antidépresseur sera également bienvenu compte tenu d'une symptomatologie dépressive actuellement de sévérité moyenne.

Le Dr. M._____ reconvoquera M. A._____ dans un délai de six semaines afin d'évaluer l'effet des mesures proposées et discutera avec lui de la possibilité de participer à un programme de quatre semaines de mobilisation intensive destiné aux lombalgies subaiguës ([...]) dont la prochaine session débute mi-novembre.

Pour terminer et afin de se donner un maximum de chances de limiter les conséquences socio-professionnelles actuellement majeures des lombalgies de M. A._____, une consultation d'ergonomie rachidienne au travail pourrait également être proposée afin d'adapter au mieux son poste professionnel (en prenant contact par exemple avec le service d'ergothérapie des [...] à [...]).

L'office AI a également requis des renseignements auprès du Dr T._____, psychiatre traitant. Dans son rapport du 23 décembre 2012, ce médecin a indiqué que son patient souffrait d'un trouble dépressif majeur (épisode isolé) qui n'avait plus d'influence sur la capacité de travail.

Par communication du 13 février 2013, l'office AI a informé l'assuré qu'il renonçait pour l'heure à mettre en œuvre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel compte tenu de la situation médicale non stabilisée.

Dans un rapport du 9 avril 2013, le Dr K._____ a indiqué que la situation n'avait pas évolué depuis 2012, malgré le fait que son patient avait pu bénéficier du programme [...] des [...] (cf. rapport du Dr M._____ du 27 décembre 2012).

Par courrier du 15 avril 2013, l'Office du personnel de l'Etat de la République et canton de [...] a informé l'office AI du suivi de la situation de l'assuré dans le cadre du Service de santé du personnel de l'Etat. Sur le plan médical, de nombreux traitements et prises en charge avaient été essayés, lesquels s'étaient toutefois révélés inefficaces et incapables de soulager la symptomatologie douloureuse de l'assuré. Une évaluation psychiatrique réalisée par le Dr E._____, psychiatre-consultant, avait

conclu à l'absence de composante psychiatrique à la problématique médicale (rapport du 8 avril 2013). Les aménagements de la place de travail auxquels il avait été procédé n'avaient pas permis de diminuer les douleurs. L'assuré était à nouveau en incapacité de travail à temps complet pour une durée indéterminée.

Sur la base des renseignements obtenus, l'office AI a confié la réalisation d'un examen clinique orthopédique et psychiatrique à son Service médical régional (SMR). Dans leur rapport du 8 mai 2014, les Drs B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail - de lombalgies chroniques avec discopathie L5-S1 (avec protrusion discale) et arthrose des articulaires postérieures pluri-étagée, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de status après lombosciatalgie à droite (hernie discale L5-S1 en avril 2011), de status après cervicobrachialgies à droite en 2008 et 2010 et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Au moment d'apprécier la situation, ces médecins ont émis les considérations suivantes :

Assuré âgé de 42 ans. Il a développé des douleurs lombaires intenses en avril 2011, après avoir levé une chaise d'une voiture. Une IRM, effectuée en mai 2011, a montré la présence d'une volumineuse hernie discale L5-S1. 2 mois après l'apparition des symptômes, les sciatalgies à droite ont disparu, laissant comme seule séquelle neurologique une hyporéflexie du réflexe achilléen droit. L'assuré a bénéficié de 5 séances à l'école du dos de l'Hôpital [...]. Il a été vu à la consultation de la douleur des [...]. Il a bénéficié durant 4 semaines du programme de rééducation fonctionnelle intensive des [...] (programme [...]). Les douleurs lombaires, surtout en position debout, ont persisté. A l'issue de cet examen, on reste étonné devant l'intensité des douleurs exprimées par l'assuré et l'inefficacité des traitements effectués jusqu'à présent.

Sur le plan purement somatique, une incapacité de travail totale n'est pas justifiée. Sur le plan somatique et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce sont les douleurs qui l'empêchent de travailler. Une diminution de rendement de 25 % est, à mon avis, justifiée.

[...]

L'examen psychiatrique de ce jour objective une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce diagnostic a été retenu en concertation avec le médecin orthopédiste, qui estime que les douleurs présentées par l'assuré ne peuvent en aucun cas être expliquées par la seule composante organique. Il nous paraît utile de préciser qu'il ne s'agit, en aucun cas, d'une amplification volontaire des symptômes de la part de l'assuré, mais d'un ressenti des douleurs très supérieur à ce que laisserait supposer l'atteinte organique initiale : « symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient ». Ce diagnostic impose la discussion des critères de sévérité. D'une part, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, et si l'on doit considérer que jusqu'à présent, le traitement a échoué, on ne peut affirmer l'état psychique de l'assuré cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible sur le plan thérapeutique ; enfin, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assuré n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

Le diagnostic de somatisation évoqué par le Dr E. _____ n'a pas été retenu car les deux critères suivants ne sont pas remplis : les plaintes de l'assuré ne présentent pas le caractère de variabilité dans le temps ; le critère d' « absence de toute cause organique » n'est pas non plus rempli.

Par ailleurs, l'examen n'objective pas d'épisode dépressif, en l'absence des 3 critères majeurs de la dépression : l'humeur est normale, non abaissée ; il n'y a pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ; il n'existe pas de réduction de l'énergie d'origine dépressive. Par ailleurs, il n'y a pas de diminution de la concentration et de l'attention, l'assuré déclare avoir confiance en lui, il n'y a pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assuré déclare qu'il ne sait pas), pas d'idéation suicidaire, pas de perturbation du sommeil d'origine dépressive ni de diminution marquée de l'appétit. Enfin, tous les symptômes du syndrome somatique de la dépression sont absents, hormis une diminution marquée de la libido.

L'assuré a donc connu une réaction dépressive d'intensité légère à moyenne, qui a duré quelques mois, mais n'a jamais justifié d'incapacité de travail durable. Sur le plan psychiatrique, il n'y a donc jamais eu d'incapacité de travail durable.

Par projet de décision du 19 novembre 2014, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait refuser la demande de prestations, motif pris que l'incapacité de travail s'élevait à 25% dans toute activité, taux qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

En réponse à ce projet, l'assuré a produit un certificat médical établi le 15 décembre 2014 par le Dr M._____. Ce médecin a pris position sur le rapport du SMR de la manière suivante :

[...]

La lecture de l'évaluation orthopédique et psychiatrique réalisée par les Docteurs B._____ et W._____ pour le compte du SMR le 14 avril 2014 est remarquable par la faiblesse de la description des répercussions fonctionnelles du syndrome lombo-vertébral de Monsieur A._____. En particulier, il n'est fait mention à aucun moment que Monsieur A._____ a passé l'intégralité des deux entretiens sans s'asseoir, ce qui est une caractéristique du syndrome lombo-vertébral qu'il présente depuis 2011. Alors qu'il s'agit de quelque chose de très particulier et d'haute importance significative pour le quotidien et l'évaluation des capacités professionnelles de Monsieur A._____, il est complètement anormal que cela ne soit pas mentionné dans le rapport. Dans la même veine, la description de la vie quotidienne ne mentionne pas le fait que Monsieur A._____ ne s'assoit réellement à aucun moment de sa journée ! La position debout ou la marche étant également fortement limitées par le syndrome lombo-vertébral, il est donc obligé de passer de la position debout à la position couchée à de nombreuses reprises pendant la journée. La seule fois où il est fait mention de difficultés réelles de Monsieur A._____, c'est lors de la description des déplacements. Monsieur A._____ se rend une fois par semaine en scooter au magasin proche de chez lui mais il conduit dans une position quasiment debout. Il est omis de préciser qu'en effet, l'incapacité de Monsieur A._____ à rester assis est telle que ses déplacements en sont profondément affectés et que c'est le seul déplacement qu'il peut réaliser. Concernant la capacité professionnelle dans son ancien emploi, un poste tel que proposé au terme de ce rapport (semi-sédentaire essentiellement debout) avait été essayé en 2012. Malgré une réduction du temps de travail à 25 %, Monsieur A._____ n'avait pas eu la capacité physique de poursuivre au-delà de trois mois. En effet, en plus des capacités sur le lieu professionnel, il est indispensable de tenir compte des déplacements pour s'y rendre.

Pour toutes ces raisons, les conclusions de ce rapport, estimant qu'une capacité de travail dans des conditions adaptées (« travail sédentaire ou semi-sédentaire essentiellement debout. Eviter de travailler penché en avant ou en porte-à-faux. Eviter le port et le soulèvement de charges > 5 kg ») est exigible à 75 % ne correspond en aucune façon avec le handicap fonctionnel présenté par Monsieur A._____. Les divergences sont telles que je ne peux que recommander la réalisation d'une évaluation fonctionnelle *lege artis*.

Malgré ce certificat, l'office AI a, par décision du 10 juillet 2015, confirmé la teneur de son projet de décision et, partant, rejeté la demande de prestations de l'assuré.

B. **a)** Par acte du 14 septembre 2015, A._____ a déféré la décision du 10 juillet 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour réexamen de sa demande. Contestant la valeur probante du rapport du SMR, il a souligné en particulier le peu de place consacré à l'examen de ses douleurs dorsales, le rapport du SMR s'étant surtout attaché à examiner d'éventuels problèmes psychiatriques qui n'avaient jamais été soulevés et qui, partant, étaient inexistantes. Se référant au certificat médical établi le 15 décembre 2014 par le Dr M._____, il a estimé que l'analyse de son cas faite par l'office AI était insuffisante et qu'une expertise était nécessaire.

b) Dans sa réponse du 23 novembre 2015, l'office AI a conclu au rejet du recours en se référant à l'analyse de la situation médicale effectuée par le SMR.

c) Par courrier du 24 février 2016, le recourant a transmis à la Cour de céans un rapport du 9 février 2016 établi par le Dr I._____, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur du [...] ([...]). Après avoir retenu les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie L5/S1 (status après hernie discale), de déconditionnement physique et psychique et de probables troubles anxieux, ce médecin a fourni l'appréciation suivante :

Ce patient présente des lombalgies chroniques dans le cadre d'un important déconditionnement tant physique que psychique avec une importante appréhension actuellement de tout phénomène qui pourrait accentuer les douleurs (ceci se confirme lors de l'examen clinique avec des nombreux signes comportementaux positifs, tout comme les signes de Valens signant un pronostic peu favorable à long terme). Il semble sur les autoquestionnaires, si on les compare à ce que Monsieur A._____ avait présenté en 2012, qu'il y a une exacerbation des scores au HADS sur le plan de l'anxiété, par contre la dépression semble être un peu moins marquée. Le score de kinésiophobie reste encore élevé à 40/68.

En fait tout ce tableau montre une importante souffrance, associée à une kinésiophobie et un état anxieux, restreignant de manière sévère la fonction de cette personne. Il ne se valorise plus et ceci ne peut pas l'aider à long terme. Un accompagnement sur le plan

psychologique nous semble essentiel avec une approche TCC [thérapie cognitivo-comportementale]. Nous renonçons à faire une évaluation des capacités fonctionnelles, vu les limitations produites durant l'examen.

d) Dans ses déterminations du 24 mars 2016, l'office AI a indiqué que le rapport du Dr I. _____ n'apportait aucun élément objectif nouveau et conclu une nouvelle fois au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). 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). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF [Tribunal fédéral] I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, l'office intimé s'est fondé sur l'examen clinique bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique effectué par le SMR. Or comme l'a mis en évidence le Dr M. _____ dans le certificat médical qu'il a établi le 15 décembre 2014, le volet orthopédique de l'examen clinique apparaît particulièrement limité au regard de la problématique présentée par le recourant. Alors que celui-ci se plaint presque exclusivement de lombalgies chroniques qui le limitent de manière conséquente dans sa vie professionnelle et, plus généralement, dans son fonctionnement quotidien, cette problématique ne fait l'objet dans le rapport (qui fait huit pages) que

de neuf lignes dans la partie consacrée aux observations cliniques et de trois lignes dans la partie consacrée à l'appréciation du cas. Le volet orthopédique de l'examen clinique passe également sous silence le fait que le recourant a passé l'intégralité de l'entretien en position debout, ce qui aurait dû, eu égard à l'atteinte alléguée, être non seulement mentionné mais également discuté. Une grande partie du rapport du SMR est consacrée à l'examen d'une éventuelle pathologie psychiatrique. Compte tenu de l'existence de plaintes non corrélées par des constatations objectives, on ne saurait reprocher au SMR d'avoir examiné la question du caractère surmontable de la symptomatologie douloureuse. Toutefois, celui-ci a procédé à une analyse schématique, simpliste et peu étayée de la situation, sur la base de critères qui n'ont désormais plus cours (cf. infra consid. 5). Pour l'ensemble de ces motifs, il convient de dénier toute valeur probante au rapport du SMR.

b) Il n'est pas contestable que le recourant se plaint de lombalgies chroniques dont l'importance n'est pas corrélée à un substrat organique objectivable. Aussi bien les spécialistes des [...] (rapport du 10 septembre 2012) que ceux du [...] (rapport du 9 février 2016) ont mis en évidence un important déconditionnement - tant physique que psychique - et une appréhension de tout mouvement qui pourrait être à l'origine de douleurs (kinésiophobie). Pour leur part, les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie consultés ont évoqué des diagnostics, tels que ceux de somatisation (le Dr E. _____ ; rapport du 8 avril 2013) ou de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (le SMR ; rapport du 8 mai 2014). En tout état de cause, le recourant présente une symptomatologie qui peut être assimilée à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.

5. a) Au cours de ces dernières années, la jurisprudence a dégagé 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).

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

c) aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique assimilée au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs

décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les

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

6. En l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que l'éventuel caractère invalidant de l'atteinte à la santé présentée par le recourant puisse être examiné au regard des nouveaux principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) répondant aux exigences de l'art. 44 LPG.

7. a) Partant, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). 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 de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

c) Quoi qu'obtenant gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, dans la mesure où il n'est pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**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 10 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- 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 :