

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Pittet et Küng, juges assesseurs
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Véronique Fontana, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], marié et père de quatre enfants, réside en Suisse depuis (...) et est au bénéfice d'un permis B. Sans formation professionnelle, il a travaillé en qualité d'aide serrurier et d'ouvrier spécialisé au sein de diverses entreprises jusqu'à fin 2008.

Le 6 octobre 2010, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en faisant état de problèmes de dos depuis août 2009.

Dans ce cadre, un examen clinique rhumatologique a été effectué le 8 juin 2011 par le Dr [...] du SMR, qui a rendu son rapport le 21 juillet 2011. Ce médecin a en particulier relevé ce qui suit sous la rubrique « plaintes actuelles » de son rapport :

« L'assuré déclare l'installation progressive de douleurs dorsolombaires avec irradiation au niveau des deux membres inférieurs avec une prédilection pour la gauche évoluant depuis fin 2007-début 2008 sans notion de facteur favorisant particulier.

Les plaintes algiques actuelles sont décrites comme constantes, leur intensité est submaximale à 8 sur 10 au repos montant à 10 sur 10 lors de la moindre activité physique. La prise médicamenteuse est décrite comme inefficace. L'assuré signale une importante recrudescence des douleurs lors du moindre effort physique de même que les positions statiques prolongées.

Depuis quelques mois, il revendique une symptomatologie douloureuse à caractère mécanique siégeant au niveau de l'épaule gauche avec irradiation au niveau du MSG [membre supérieur gauche]. Pas de douleur revendiquée au repos.

Il déclare des troubles d'ordre pulmonaire (antécédent de tuberculose latente traitée par antibiothérapie pendant plus de 8 ans), actuellement pas de notion de toux, d'expectoration ou d'hémoptysie.

En dernier lieu, l'assuré évoque un sentiment de tristesse par rapport à son état de santé et à l'absence d'activité professionnelle.

Interrogé de façon spécifique s'il se sentait capable de reprendre une activité professionnelle, l'assuré répond par la négative. Interrogé sur les raisons l'empêchant de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, il met en avant de fortes douleurs au niveau lombaire l'empêchant de faire quoi que ce soit. »

Le Dr K._____ a en outre décrit la vie quotidienne et le contexte psychosocial de l'assuré en ces termes :

« L'assuré déclare se lever entre 07h00 et 07h30, café, petit déjeuner et toilette. La matinée est occupée essentiellement à rester en position allongée, à regarder la télévision et à effectuer des recherches sur internet. Il déclare prendre son repas de midi vers 12h00, il est habituellement préparé la veille par son épouse, il le réchauffe. Le repas de midi est pris en compagnie de ses enfants. Le reste de l'après-midi est passé en position allongée sur le canapé à regarder la télévision ou à faire de l'internet. Le repas du soir est pris autour de 19h00. Il est préparé par l'épouse. La soirée est passée en famille ou à regarder la télévision. L'assuré déclare se coucher entre 23h00 et 23h30. Il déclare ne sortir quasiment jamais de chez lui.

Il est au bénéfice d'un permis de conduire, le couple possède un véhicule automobile qui est habituellement utilisé par l'épouse. L'assuré déclare conduire de façon occasionnelle selon les besoins. Le déplacement jusqu'à Vevey s'est effectué en voiture, il est venu accompagné d'un ami. Les différentes activités du ménage sont assurées par son épouse. Le dernier voyage en [...] remonte à 2010, il a été effectué en avion. La dernière fois que l'assuré s'est rendu en [...] en voiture remonte à 2008. »

Le Dr K._____ a retenu les diagnostics et fait l'appréciation suivante du cas :

« - avec répercussion durable sur la capacité de travail

- LOMBO-SCIATALGIES GAUCHES PERSISTANTES M54.4
 - o TROUBLES STATIQUES AVEC SCOLIOSE DORSOLOMBAIRE SINISTRO-CONVEXE FIXÉE M41.00
 - o TROUBLES DE LA TRANSITION
 - o DISCOPATHIES L4-L5, L5-S1 ASSOCIÉES À UNE PROTRUSION DISCALE L5-S1 INTRA-FORAMINALE GAUCHE AU CONTACT DE LA RACINE S1.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL
- SIGNES DE NON ORGANICITÉ DANS UN CONTEXTE D'AMPLIFICATION VERBALE DES PLAINTES.

(...).

Il s'agit d'un assuré âgé de 50 ans, sans formation particulière, aide-serrurier, au chômage à temps partiel depuis 2005 déposant une demande de prestations AI le 05.10.2010. L'assuré déclare ne plus avoir exercé d'activité professionnelle depuis début 2008 en relation avec les plaintes algiques qu'il évoque.

Il évoque des douleurs touchant le rachis dorsolombaire avec irradiation au niveau des deux membres inférieurs prédominant à gauche évoluant depuis fin 2007-début 2008 sans notion de facteur favorisant particulier. Les différents examens réalisés mettent en

évidence une scoliose dorsolombaire sinistro-convexe fixée, un trouble de la transition et des troubles dégénératifs du rachis lombaire. L'orthopédiste traitant atteste une exigibilité de 50% sans notion d'incapacité de travail ni de description précise sur les limitations fonctionnelles. Le médecin traitant quant à lui évoque une capacité de travail dans une activité légère sans pour autant qu'elle soit chiffrée.

Quant à l'assuré, il se considère dans l'incapacité d'envisager une reprise professionnelle quelle qu'elle soit au vu des importantes douleurs qu'il présente.

L'examen clinique au SMR met en évidence un assuré en bon état général, adoptant une attitude d'épargne par rapport au rachis dorsal, raideur du rachis lors de l'examen physique proprement dit en contradiction avec une certaine souplesse lors des mouvements spontanés. L'examen ostéoarticulaire proprement dit met en évidence une scoliose sinistro-convexe fixée centrée à la jonction dorsolombaire avec gibbosité gauche exacerbée à la flexion antérieure. L'assuré présente par ailleurs une légère limitation dans l'amplitude des mouvements de rotation interne de l'épaule gauche en relation avec une vraisemblable tendinopathie du sus-épineux. Le reste de l'examen ostéoarticulaire met en évidence une hypercyphose dorsale, une hyperlordose compensatrice et une diminution du Schober lombaire. Le reste de l'examen ostéoarticulaire est considéré comme physiologique pour l'âge de l'assuré hormis un certain déconditionnement musculaire avec un relâchement de la sangle abdominale.

L'examen neurologique est sans particularité (absence de trouble sensitif ou moteur, trophicité musculaire conservée, réflexes conservés). Pas d'argument anamnestique ou clinique en faveur d'une atteinte radiculaire.

Le reste de l'examen met en évidence des signes de non organicité 2 sur 5 selon Waddell et 1 sur 2 selon Kummel s'intégrant dans un processus d'amplification verbale des plaintes.

La documentation radiologique mise à disposition confirme le trouble statique et dégénératif objectivé à l'examen clinique. L'assuré présente des troubles dégénératifs sous la forme de discopathie étagée avec une protrusion discale paramédiane L5-S1 avec composante intra-foraminale au contact de la racine S1 à gauche. Il présente aussi un trouble dégénératif au niveau des articulaires facettaires postérieures en L4-L5, L5-S1.

L'ensemble de la symptomatologie présentée par l'assuré peut être expliquée par les troubles structurels mis en évidence aux différents examens complémentaires mis à disposition et à l'examen clinique réalisé au SMR. L'ampleur de l'handicap ressenti et revendiqué par l'assuré ne peut pas être cependant attribuée uniquement aux troubles structurels objectivés aux différents examens réalisés à ce jour. L'assuré présente clairement des signes de non organicité avec des incohérences dans son comportement s'intégrant dans un phénomène de majoration des plaintes.

Les lombosciatalgies présentées par l'expertisé ne sont pas en soi une maladie mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées. Une des causes comme déjà mentionné est la présence de troubles statiques et dégénératifs, lesquels n'expliquent

cependant pas entièrement l'intensité ni la persistance des symptômes. Dans la littérature, il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychosociales, l'handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évaluation et la reprise d'une activité professionnelle que des données anatomo-structurelles objectives à proprement parler.

L'atteinte structurelle présentée par l'assuré est à l'origine de limitations fonctionnelles induisant une incapacité de travail complète dans son activité habituelle. Une telle incapacité de travail peut être établie depuis le mois d'août 2009 (en l'absence de certificat d'incapacité de travail médicalement attesté, la date des investigations radiologiques mettant en évidence les troubles statiques et dégénératifs est retenue comme date de début de la longue maladie).

Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles établies est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100% sans véritable diminution de rendement. Une telle capacité de travail est raisonnablement exigible aussi depuis le mois d'août 2009.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que de l'atteinte structurelle à la santé objectivement mise en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non organique pour laquelle un phénomène d'amplification des plaintes a été retenu n'a pas été prise en considération.

Limitations fonctionnelles

Pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas de position statique assise prolongée au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure sans possibilité de varier les positions minimum une fois à l'heure de préférence à la guise de l'assuré. Pas de position statique debout immobile de type piétinement. Eviter les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis, éviter les positions en genuflexion ou accroupies. Pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable.

Toute forme d'activité à caractère semi-sédentaire à charges physiques légères permettant les variations de positions à la guise de l'assuré est possible à un taux de 100%.

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

Il n'y a aucune indication d'incapacité de travail médicalement attestée au dossier médical. Sur la base de l'examen clinique de ce jour au SMR et de l'étude des différents documents radiologiques mis à disposition, une incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle est médicalement reconnue depuis août 2009 (date des investigations radiologiques mettant en évidence des troubles structurels).

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

Il est resté inchangé en ce qui concerne son activité habituelle d'aide serrurier. Toute forme d'activité qui respecterait de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100% sans diminution de rendement. Une telle activité est raisonnablement exigible depuis août 2009.

L'évaluation de la capacité de travail sur le plan ostéoarticulaire ne tient compte que des atteintes structurelles objectives mises en évidence par les examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non organique mise en évidence par les signes de non organicité selon Waddell et Kummel et pour laquelle un diagnostic d'amplification des symptômes est retenu n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

CAPACTITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100% DEPUIS LE : AOUT 2009 ».

Par décision du 26 octobre 2011, l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'AI, avec la motivation suivante :

« Depuis votre arrivée en Suisse, vous avez exercé les activités d'aide serrurier et d'ouvrier spécialisé dans le domaine du bâtiment.

Après examen des pièces médicales portées au dossier, force est de constater qu'en raison de vos problèmes de santé, dès le mois d'août 2009, vos ancienne activités ne peuvent plus être exercées.

Toutefois, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitives et occasionnelles au-delà de 10 kg, pas de position statique assise prolongée au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure sans possibilité de varier les positions minimum une fois à l'heure de préférence à votre guise, pas de position statique debout immobile de type piétinement, éviter les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis, éviter les positions en genuflexion ou accroupies, pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, soit CHF 61'876.75 (Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, niveau qualification 4), avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières (travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger comme le montage ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement).

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF

4806.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5010.26 (CHF 4806. x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.90 %; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 61'876.73 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

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

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

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'689.06.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	61'876.75	
avec invalidité	CHF	55'689.05	
La perte de gain s'élève à	CHF	6'187.65	= un degré
d'invalidité de 10%			

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. »

Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. Le 26 octobre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « dépression grave suite aux douleurs constantes suite à discopathie avec hernie discale, lombalgie chronique. Aucun répit malgré tous les traitements entrepris ».

Le 23 octobre 2012, les Dresses C._____ et H._____ du F._____ (ci-après : F._____) ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotiques (F33.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elles ont notamment fait état de ce qui suit dans leur discussion du cas :

« Il s'agit de la 4^{ème} hospitalisation dans notre établissement pour ce patient de 52 ans connu pour un trouble dépressif récurrent avec somatisations, ainsi que des alcoolisations massives épisodiques.

Depuis son admission, M. J._____ nous fait part de son status physique insupportable à cause des douleurs et de son statut social assez précaire à cause du refus de la demande AI. En ce qui concerne son état psychique (dépression et somatisation) on a introduit le Cymbalta à 30 mg le matin.

Au fil des jours, on note que le cadre sécurisant et rassurant de l'hôpital a permis à M. J._____ d'avoir des repères et de mieux contenir et gérer son désespoir face à sa situation psychique et sociale.

Au vu de ces éléments, de la stabilité clinique du patient et le fait que nous n'avions pas de critères pour le maintien d'une hospitalisation d'office, une sortie a été convenue après un entretien de famille le 02.10.2012 pour une poursuite du traitement sur le court-terme par vous-même, et sur le long terme par B._____.

Nous considérons que le pronostic est défavorable tenant compte de l'évolution de l'état psychique de M. J._____ depuis sa dernière hospitalisation en 2002. Néanmoins, au long des entretiens nous avons identifié le besoin de reconnaissance comme l'élément le plus important pour la compréhension de sa situation psychique. En se basant sur cela, nous avançons qu'un suivi psychiatrique à long terme pourrait être bénéfique. De même, nous sommes d'avis qu'un encouragement pour participer à des activités à l'extérieur serait nécessaire pour rompre le cercle vicieux d'isolement, du manque d'estime de soi et difficulté à retrouver sa place. »

Dans un rapport du 8 octobre 2012 à l'OAI, les Dr W._____ et Z._____ du Centre d'antalgie du F._____ ont indiqué que la lombosciatalgie gauche persistait après une infiltration péri-durale au niveau L4-L5 et un bloc péri-radiculaire S1 G effectué le 29 mai 2012. En

raison de l'échec de tous les traitements infiltratifs et des douleurs invalidantes de l'assuré qui s'empiraient avec le temps, ils avaient présenté son cas au colloque multidisciplinaire du rachis du F._____, où il avait été décidé de le convoquer au Centre de réhabilitation de S._____ par le Dr Q._____.

Dans un rapport du 8 avril 2013 à l'OAI, le Dr W._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies gauches avec irradiation sur le dermatome S1 gauche, de discopathie L4-L5 et de hernie discale L5-S1 existant depuis « 2005 ? » et, sans effet sur la capacité de travail, de status post-tuberculose (existant depuis « 2010 ? ») et de tabagisme. Il a décrit l'anamnèse de l'assuré en indiquant que ce patient de 51 ans souffrait de douleurs lombaires augmentées à la mobilisation, aux changements de position et parfois accompagnées de douleurs irradiant dans le membre inférieur gauche (ci-après : MIG), la symptomatologie au MIG prenant toute la jambe, sans topographie radiculaire précise. A titre de constat médical, il a indiqué qu'au status, on ne remarquait aucune symptomatologie parlant pour une irritation radiculaire, par contre la palpation paramédiane gauche L5-S1 était douloureuse, avec la précision (le DN4 à 2/10) qu'il n'y avait pas de signe radiculaire, mais la possibilité d'une symptomatologie liée aux articulations postérieures lombaires gauches semblait possible.

Dans le cadre de cette deuxième demande, l'OAI a demandé au SMR de se déterminer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré, les limitations fonctionnelles à prendre en compte ainsi que la capacité de travail exigible. Par avis du 22 juillet 2013, la Dresse N._____ du SMR a relevé que, lors de la première demande AI, aucun élément n'indiquait que l'assuré souffrait de problème psychique ni ne mentionnait ses antécédents psychiatriques. Elle a indiqué que cette seconde demande était soutenue par le Dr H._____, psychiatre à D._____ et qu'elle faisait suite à la 4^{ème} hospitalisation de l'assuré au sein de cette institution pour trouble dépressif récurrent avec somatisation et alcoolisations massives épisodiques. La Dresse N._____ concluait qu'afin de statuer, il convenait de s'adresser au Dr L._____.

psychiatre traitant de l'assuré, pour connaître notamment l'origine de la consommation nocive pour la santé d'alcool primaire ou secondaire au sens juridique.

Dans un rapport du 17 décembre 2013 à l'OAI, la X._____, psychiatre, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec risque suicidaire sans symptômes psychotiques (F33.2) existant depuis 2002, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de « Lombo Ciétalgie », ainsi que de tuberculose latente traitée, existant depuis 2001.

Le 16 janvier 2014, la Dresse P._____, psychiatre, a adressé un rapport à l'OAI dans lequel elle a décrit l'assuré comme un patient ayant de longue date des symptômes dépressifs, d'intensité sévère, des traumatismes neuro-végétatifs et un symptôme douloureux chronique. S'agissant de son état actuel, elle a indiqué qu'il avait une thymie basse et des idées noires, qu'il souffrait d'anhédonie, d'un manque d'espoir et de douleurs très invalidantes qui l'empêchaient de participer à la vie de famille, mais que la vigilance était bonne et qu'il ne souffrait pas de trouble cognitifs.

Par avis du 18 mars 2014, la Dresse N._____ du SMR a estimé qu'il convenait de demander une expertise psychiatrique hors SMR, notamment afin d'obtenir plus d'informations sur les conditions qui entouraient les épisodes dépressifs, la place de l'alcool dans ces états et l'impact de l'état de santé psychique sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 7 avril 2015, l'assuré a subi une hémi-laminectomie inférieure L5 gauche avec foraminotomie L5-S1 gauche. Il a séjourné du 6 au 9 avril 2015 dans le service de neurochirurgie du F._____. Dans leur rapport du 16 avril 2015 à la Dresse Y._____, chirurgienne, les Drs M._____ et A._____ ont observé qu'il n'y avait pas eu de complications per ni postopératoires, qu'au niveau du status postopératoire, une boiterie était toujours présente, mais qu'une diminution des douleurs dans la jambe et une amélioration très légère de la sensibilité et des douleurs

également dans la hanche était constatée. Ils ont indiqué que le reste du status était dans la norme.

Le Dr G._____ a rendu son rapport d'expertise le 10 septembre 2015, en expliquant s'être fondé sur un entretien avec l'assuré et les tests psychométriques qu'il a lui a fait passer le 5 mai 2015, les documents fournis par l'OAI, ainsi qu'un courrier du 30 juillet 2015 de la Dresse P._____. L'expert a en particulier retenu ce qui suit sous la rubrique « 2.2 Fonctionnement psychosocial de l'assuré (hors professionnel) » :

« M. J._____ se lève le matin entre 7 et 8h, parfois plus tard, prend son café. Il éviterait de sortir, il n'a pas envie de marcher, car après 100-200 mètres il a trop mal et doit s'interrompre déjà 4 fois. Il semble passer ses après-midis à interroger sur internet, news, regarde les sites médicaux. Il regarde la télévision. Sa fille rentre manger à midi et 3 soirs par semaine. Il aurait de la peine à s'asseoir pour faire ses devoirs avec elle. Après le souper, réalisé par son épouse, il regarde la télévision et souvent s'endort sur le canapé. Le week-end son épouse le force à aller faire les commissions, mais il n'a pas envie de faire les magasins. Parfois elle l'invite à faire une promenade, ce qu'il accepte pour lui faire plaisir. »

Dans le cadre de l'examen du 5 mai 2015, le Dr G._____ a constaté que l'assuré se déplaçait sans limitation. S'agissant des tests psychométriques, il a relevé que le profil qui en était résulté, chez un sujet d'intelligence normale, réalisant les tests dans sa langue maternelle, allait avant tout dans le sens d'une majoration et de la dramatisation des plaintes, ce qui expliquait la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second, par définition, faisant le postulat de la sincérité de son patient.

Le Dr G._____ a estimé qu'aucun diagnostic n'avait d'effet sur la capacité de travail. Il a retenu sans effet sur la capacité de travail les diagnostics suivants :

- « - Episode dépressif majeur récurrent, actuellement léger
- Trouble somatoforme douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique
- Personnalités à traits narcissiques ».

Dans le cadre de la discussion, le Dr G. _____ a notamment relevé ce qui suit

« D'un point de vue **psychopathologique**, nous nous trouvons face à un assuré qui reste très centré sur ses problèmes algiques ; il fait beaucoup d'effets de théâtre, se lève, se rassoit, évoque surtout une atteinte à son identité d'homme du fait qu'il ne peut plus travailler et apporter de l'argent à la maison. Il est évoqué l'hypothèse d'un épisode dépressif majeur sévère par la Dresse X. _____, ainsi que par la Dresse P. _____, qui semblent reprendre les conclusions du rapport du Dr H. _____ du 23.10.2012. Néanmoins dans un courrier à notre attention du 30.07.2015, elle retient un épisode dépressif modéré avec syndrome somatique.

(...).

Actuellement M. J. _____ présente une symptomatologie dépressive qui rentre dans le cadre d'un épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère, avec une tendance marquée à l'amplification des plaintes. Cela avait déjà été relevé dans l'expertise rhumatologique du Dr K. _____ réalisée au SMR Léman le 08.06.2011, et aussi confirmé par ses tests psychométriques réalisés en turc.

Associer une symptomatologie dépressive à une capacité de travail est un exercice délicat, une ligne de conduite est d'assimiler un épisode dépressif sévère à une incapacité de travail totale et de récuser cette dernière lorsque l'épisode dépressif est qualifié de léger. La discussion reste ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans le cas qui nous occupe, si l'assuré avait présenté ou présente une symptomatologie dépressive sévère, celle-ci aurait dû apparaître relativement clairement aux yeux d'un investigateur même non spécialisé, tel son médecin de famille, ou notamment tous les médecins qui l'ont examiné jusqu'en 2011, y compris le Dr K. _____. Cela n'a pas été le cas. On sait des épisodes anxio-dépressifs qui sont surtout contextuels ou réactionnels face à des difficultés personnelles ou administratives, qui inconsciemment ont pour objectif de les résoudre.

L'évolution entre ces épisodes paraît actuellement légère, ceci d'autant plus que l'assuré ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur à une posologie efficace, même si dernièrement le Remeron a été augmenté à 30 mg.

Globalement on peut conclure qu'il peut avoir des relations avec son entourage relativement satisfaisantes. Certes il n'exerce pas d'activité lucrative, ce qui vaut pour une certaine passivité, oisiveté, néanmoins l'assuré fait preuve de détermination et de persévérance lorsqu'il s'agit aussi de faire valoir ses droits ou ses attentes

En d'autres termes, l'assuré dispose d'un certain nombre de ressources, qui pour des raisons probablement objectives — âge, manque de qualifications professionnelles et absence de maîtrise du français suffisante — a peu de perspectives de retrouver un emploi en Suisse. Le trouble somatoforme douloureux semble relatif à une atteinte somatique objective. En tant que tel, il paraît ne pas avoir d'incidence sur une activité légère adaptée à ses limitations

somatiques objectives : la situation paraît être celle qui a prévalu en 2011 lors de l'examen au SMR du Dr. K._____.

Enfin le trouble de la personnalité ne saurait valoir pour une baisse significative de la capacité de travail puisqu'il est depuis longtemps présent, mais il explique peut-être les réactions particulières de cet assuré face aux frustrations, des situations, notamment le refus d'une rente, qui peuvent être vécues comme un échec. Il est fait état par la Dresse X._____ d'un sujet qui aurait perdu son identité d'homme. Rappelons néanmoins que les assurances sociales ne connaissent pas le concept dit de "rente thérapeutique".

Dans une activité adaptée à ses compétences et à sa motivation, sa capacité de travail médico-théorique est entière. On peut considérer une capacité de travail complète au plus tard de fin octobre 2012, date de sa sortie de l'hôpital, par souci de gain de paix.

M. J._____ paraît être identifié à son rôle de malade, qui semble offrir de nombreuses solutions à des problèmes de réalité. Il est sans activité professionnelle de longue date et n'a eu que des emplois précaires et peu qualifiés, ceci expliquant aussi cela.

La discordance d'appréciation est attendue dans ce type de situation. Le Dr E._____ par définition se trouve dans rapport de « sollicitude médicale ». Ce type de mandat se caractérise par une muse en parenthèse du souci des objets et des preuves.

Le Dr E._____, médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce type de relation médicale, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la « *sollicitude médicale* », c'est M. J._____ qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le Dr E._____ délègue d'une certaine manière l'appréciation à M. J._____, en tenant *a priori* pour valide tout ce que ce dernier dit de lui-même.

Enfin, le concept de "rente thérapeutique" n'existe pas dans le champ des assurances sociales. »

Le Dr G._____ a ainsi retenu que la capacité de travail médico-théorique de l'assuré était entière depuis le 3 octobre 2012. Il a précisé que l'assuré, s'il en avait la motivation, était capable de s'adapter à son environnement professionnel et que rien ne l'empêchait de trouver une activité adaptée.

Dans un avis du 26 octobre 2015, la Dresse N._____ du SMR a retenu qu'il n'y avait aucune raison de s'éloigner des conclusions du Dr G._____, lequel retenait principalement que, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité.

Le 5 novembre 2015, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de l'assuré. Il a constaté que sa situation était identique à celle de sa première demande de prestations en 2010 et que, depuis août 2009, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5kg de façon répétitives et occasionnelles au-delà de 10kg, pas de position statique assise prolongée au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure sans possibilité de varier les positions au minimum une fois à l'heure de préférence à sa guise, pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis, éviter les positions en genuflexion ou accroupies, pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable). L'OAI a retenu que la perte de gain de l'assuré s'élevait à 6'187 fr. 67 [(revenu sans invalidité de 61'876 fr. 73) - (revenu annuel d'invalidité de 55'689 fr. 06)] correspondant à un degré d'invalidité de 10%, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente.

Par courrier du 19 novembre 2015, l'assuré a fait valoir ses observations sur le projet de décision susmentionné, en concluant à son annulation. Il a exposé que d'autres problèmes de santé (neurologique et psychiatrique) - postérieurs à sa demande AI - n'avaient pas été pris en compte et qu'il était sous traitement médical, ce qui compliquait sa vie quotidienne.

Le 9 février 2016, l'OAI a rendu une décision de rejet confirmant son projet du 5 novembre 2015

C. Par acte du 11 mars 2016, J._____, représenté par l'avocate Véronique Fontana, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 23 octobre 2012. En substance, il fait valoir qu'il présente une « multitude de troubles de santé ». Au plan somatique, il fait état de douleurs irradiantes au bas du dos ayant conduit à de « nombreuses entreprises thérapeutiques, de nature antalgique et chirurgicale », qui n'ont pas eu les effets escomptés. Au plan psychiatrique, le recourant fait grief à l'OAI de ne pas avoir examiné les

critères devant conduire à reconnaître le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la jurisprudence publiée aux ATF 130 V 352. Il estime ainsi présenter une comorbidité psychiatrique et des affections corporelles chroniques, déplorer une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (se référant à cet égard à un rapport du 16 janvier 2014 de la DresseP._____), et avoir un état psychique cristallisé, toutes les mesures thérapeutiques, d'hospitalisation et ambulatoires ayant échoué. A ses yeux, il convient de diligenter une expertise, qui devrait notamment déterminer s'il dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs.

Par décision du 14 mars 2016 (AJ16.011696), la Juge instructrice a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 11 mars 2016.

Dans sa réponse du 12 avril 2016, l'OAI propose le rejet du recours.

En réplique, le recourant a relevé qu'il n'avait plus d'intérêt pour les choses de la vie quotidienne, se limitant à écouter les informations à la radio et regarder la télévision, en changeant perpétuellement de positions pour limiter les douleurs. S'il allait faire les courses, il se sentait inutile car il ne portait pas les sacs, expliquant que lorsqu'il faisait des efforts importants, il faisait une insomnie et devait augmenter sa médication. A titre de mesures d'instruction, il a requis une expertise judiciaire, ainsi que l'audition de la Dresse P._____, et du Dr T._____, rhumatologue.

Par courrier du 22 août 2016, Me Fontana a produit sa liste d'opérations. Le 29 août 2016, elle a annoncé que le recourant devrait subir une nouvelle opération et hospitalisation de chirurgie spinale.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 26 octobre 2012 et porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative depuis la décision rendue le 26 octobre 2011 (savoir la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit) et la décision litigieuse, et si l'on peut exiger de lui qu'il mette en

valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 et 105 V 156 consid. 1).

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles

l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; TF 9C_67/2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impuissance ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impuissance donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la

rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

5. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

6. En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande du 26 octobre 2012, le recourant a argué d'une péjoration de son état de santé.

a) L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande de prestations, admettant que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. L'office a ensuite examiné si dite modification suffisait à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et a conclu que tel n'était pas le cas, l'assuré disposant selon lui toujours d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En recours, le recourant fait état, au plan somatique, de douleurs irradiantes au bas du dos ayant conduit à de « nombreuses

entreprises thérapeutiques, de nature antalgique et chirurgicale ». Il n'indique toutefois pas en quoi ces atteintes seraient venues péjorer la situation qui prévalait lorsque la décision du 26 octobre 2011 a été rendue. S'agissant en particulier des lombosciatalgies mentionnées en recours, elles ont été dûment prises en compte par le Dr [...] dans son rapport d'examen clinique rhumatologique du 21 juillet 2011. C'est au demeurant ces dernières qui ont conduit le Dr K._____ à retenir que les activités habituelles d'aide serrurier et d'ouvrier spécialisé dans le domaine du bâtiment n'étaient plus adaptées. Par contre, la capacité de travail au plan somatique a été jugée entière depuis août 2009 dans une activité à caractère semi-sédentaire, à charges physiques légères permettant les variations de positions à la guise de l'assuré, et respectant les limitations fonctionnelles (soit pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg, pas de position statique assise prolongée au-delà de $\frac{3}{4}$ d'heure sans possibilité de varier les positions minimum une fois à l'heure de préférence à la guise de l'assuré, pas de position statique debout immobile de type piétinement, éviter les positions en porte-à-faux en antéflexion du rachis et les positions en genuflexion ou accroupies et pas d'activité en hauteur, pas d'activité sur terrain instable). A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant n'a pas amené d'éléments nouveaux attestant d'une péjoration de son état : au plan somatique, les lombalgies, discopathies L4-L5 et hernie L5-S1 mentionnées par le Dr W._____ le 8 avril 2013 ayant en particulier été déjà entièrement retenues et examinées par le Dr K._____ lors de son examen du 8 juin 2011. La situation au plan somatique est donc superposable à celle qui prévalait lorsque la décision du 21 octobre 2011 a été rendue. La seule allégation d'une hospitalisation en chirurgie spinale plus de six mois après la décision ne modifie pas ce qui précède.

b) Au plan psychiatrique, le recourant a soutenu qu'il remplissait tous les critères au sens de l'ancienne jurisprudence sur le trouble somatoforme douloureux pour reconnaître le caractère invalidant de ce trouble. En réplique, il a relevé qu'il n'avait plus d'intérêt pour les choses de la vie quotidienne, son existence se résumant à écouter les

informations à la radio et regarder la télévision en changeant perpétuellement de positions pour limiter les douleurs. S'il allait faire les courses, il se sentait inutile car il ne portait pas les sacs, expliquant que lorsqu'il faisait des efforts importants, il s'ensuivait une insomnie et une augmentation de sa médication. Le recourant n'a par contre pas contesté le caractère léger de l'épisode dépressif retenu par l'expert et son absence de répercussion sur la capacité de travail.

aa) 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 (ci-après aussi : TSD) (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

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

bb) 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 (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

cc) 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).

dd) Dans le cas présent, les Dresses C._____ et H._____ (cf. rapport du 23 octobre 2012), X._____ (cf. rapport du 17 décembre 2013), comme le Dr G._____, évoquent la présence d'un trouble

somatoforme persistant. L'expert psychiatre a précisé avoir retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, en relevant que la douleur semblait actuellement surinvestie, et que c'était surtout les plaintes somatiques que l'assuré mettait en avant pour justifier une incapacité à investir une quelconque activité. L'expert a néanmoins relevé à plusieurs reprises dans son rapport une majoration des plaintes. C'est ainsi qu'ont été interprétés les résultats des tests psychométriques. Dans l'appréciation du cas (ch. 5.3 du rapport, p. 27ss), l'expert a également relevé que l'assuré avait une tendance marquée à l'amplification des plaintes. Dans la mesure où l'expert devra compléter son rapport sur plusieurs points, ainsi qu'on le verra, il veillera en premier lieu à déterminer si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, étant rappelé que des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, du fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que de l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact.

Cela étant, ni les Dresses C._____, H._____, et X._____, ni le Dr G._____ n'ont examiné la capacité de travail réellement exigible de l'assuré au moyen du catalogue d'indicateurs décrit sous let. aa), bb) et cc) ci-dessus.

En d'autres termes, la question de l'existence d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux ou la fibromyalgie, et cas échéant des répercussions de celui-ci sur la capacité de travail du recourant, n'a pas été suffisamment investiguée, les éléments au dossier ne suffisant pas à statuer en pleine connaissance de cause sur le droit de l'assuré en lien avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral

précitée. Le rapport d'expertise du Dr G._____ ne permet en particulier pas de se déterminer sur les indicateurs retenus par dite jurisprudence.

Un complément d'expertise est ainsi nécessaire afin que le Dr G._____ se détermine plus précisément sur les nouveaux points évoqués par la jurisprudence.

A titre de droit transitoire, le Tribunal fédéral admet un simple complément d'expertise au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281. Dans la mesure où il ne s'agit que d'un complément, un renvoi à l'autorité intimée est par ailleurs justifié (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine).

En définitive, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du Dr G._____. Il appartiendra en particulier à l'expert appelé à compléter l'appréciation médicale d'établir les éventuels diagnostics de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie selon une classification reconnue, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ces diagnostics, en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées et en examinant également la question des motifs d'exclusion. Cas échéant, il s'agira de déterminer la capacité de travail réellement exigible du recourant au moyen du catalogue d'indicateurs développé par la nouvelle jurisprudence. L'expert devra examiner le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, sous l'angle notamment du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de la résistance au traitement et aux mesures de réadaptation, de l'existence de comorbidités, de la structure de la personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité du recourant et du contexte social. Il conviendra de surcroît d'examiner 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 résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour la mise en œuvre du complément d'expertise requis.

7. a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

b) Le recourant obtenant gain de cause, il a par ailleurs droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Il convient in casu compte tenu de l'ensemble des circonstances de les arrêter à 2'500 francs.

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Véronique Fontana (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant. Cela étant, la liste d'opérations produites par Me Fontana étant nettement supérieur à ce montant, il convient de rappeler que l'autorité chargée de fixer la rémunération du défenseur d'office peut se prononcer sur le caractère excessif du temps que celui-ci allègue avoir consacré à sa mission et ne rétribuer que l'activité qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de la tâche du défenseur (ATF 109 la 107 consid. 3b).

Dans ce sens, Me Fontana a indiqué avoir consacré 22 heures de travail à la défense de l'assuré dans la présente procédure. Ce temps apparaît excessif au vu de la nature et de la complexité de la cause. Particulièrement, l'étude de la nouvelle jurisprudence n'a pas à être

facturée dans ce cadre. De plus, on comptabilise un total de 8h50 pour la rédaction du recours, à raison de 4 heures par le stagiaire, puis de 4h50 par Me Fontana, comprenant une heure de corrections, ce qui apparaît disproportionné pour un recours de 9 pages, ce d'autant plus que 9 heures de recherches juridiques et d'étude du dossier ont déjà été comptabilisées. Dans ce sens, il convient en définitive de considérer que l'indemnité de Me Fontana correspond à un forfait de 2'500 fr., débours et TVA compris, et qu'il n'y a pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 9 février 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant J. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Véronique Fontana, avocate à Lausanne (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :