

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 février 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Neu et Mme Thalmann, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Stéphanie Cacciatore,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1 - 2 LAI**

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

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1988. Actif dans le domaine de la maçonnerie depuis son adolescence, il a travaillé, dès le 15 août 1994, en tant que maçon-chef d'équipe, à plein temps, pour le compte de l'entreprise X.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. Il était en incapacité de travailler à 100% dès le 15 mars 2012, en raison de douleurs constantes au bas du dos sous la forme de lombo-sciatalgies bilatérales et de décompensation discale au niveau L4-L5. Au terme d'une procédure de détection précoce, il a déposé, le 4 juin 2012, une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé).

Le 26 juillet 2012, l'assureur perte de gain maladie (F.\_\_\_\_\_ Société d'assurances SA) a indiqué à l'OAI verser ses indemnités journalières à 100% depuis le 15 mars 2012. Il a également transmis une copie de son dossier, dont un rapport du 14 mai 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, au Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecine interne, posant comme diagnostics des lombo-sciatalgies bilatérales, une décompensation discale dégénérative étagée (favorisée par des anomalies statiques du rachis) et discale circonférentielle avec comblement foraminal bilatéral L4-L5. Il s'est prononcé comme suit sur l'état de santé de l'examiné :

### “Synthèse et conclusion

Votre sympathique patient, de 50 ans cette année, maçon depuis 24 ans, présente depuis 3 mois d'une manière persistante des douleurs du dos, en projection sur la jonction ilio-sacrée, avec une irradiation peu systématique dans les deux membres inférieurs, s'arrêtant aux genoux.

L'examen neurologique montre des réflexes et une force bien préservés, par contre une hypoesthésie tacto-algique dans les faces latérales des mollets. L'examen du dos montre un syndrome lombo-vertébral chronifié avec une prédominance à droite ainsi qu'une rectitude lombaire avec une forte sensibilité localisée au niveau des dernières racines lombaires. Il n'y a pas de signe de Trendelenburg, pas de boiterie de Duchenne.

L'examen électro-neurophysiologique montre des signes compatibles avec une atteinte L5 modérée bilatérale à prédominance droite plutôt d'allure chronique.

J'ai informé dans la mesure du possible le patient sur nos constatations. Vu l'âge et la profession, un traitement interventionnel est peu probable de nous amener un soulagement.

A part la médication je me suis permis d'ajouter un myorelaxant sous forme de Mydocalm® à prendre toujours avec la médication antalgique. Le patient a été équipé des adresses pour de l'aquagym et d'une ordonnance également pour la physiothérapie-ostéopathie intense. En cas de non[-]réponse un traitement par infiltrations doit être organisé.”

Dans un rapport du 21 août 2012 à l'intention de l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics. Il notait la persistance de douleurs aux membres inférieurs malgré un traitement de physiothérapie-ostéopathie intense. Sans se prononcer sur l'incapacité de travail de l'assuré, en présence de signes clairs d'usure lombo-vertébrale pluri-étagée, son pronostic était réservé compte tenu de l'atteinte dégénérative avancée. Qualifiant l'activité habituelle de maçon d'inadaptée, ce neurologue conseillait une réorientation professionnelle de l'assuré. Selon lui, les mesures thérapeutiques (à savoir la physiothérapie, l'ostéopathie, l'aquagym et une médication anti-inflammatoire, myorelaxante ainsi qu'ostéopathique) pouvaient permettre une reprise de travail uniquement à temps partiel.

Dans son rapport du 7 septembre 2012 à l'Office AI, le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique sur atteinte discale L5. Mentionnant un pronostic favorable en lien avec une reconversion professionnelle, il retenait une incapacité de travail de l'assuré à 100% comme maçon, dès le 15 mars 2012, mais une capacité de travail totale en une activité adaptée, sans positions sollicitant le dos ni travaux de force ni ports de charges. En annexe à ce rapport, figuraient notamment les pièces suivantes :

- un rapport relatif à une IRM (imagerie par résonance magnétique) du 27 mars 2012 effectuée par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui se termine ainsi :

“CONCLUSION :

Décompensation discale dégénérative étagée favorisée par les anomalies de la statique du rachis.  
L'atteinte prédomine au niveau des deux derniers disques et en particulier de la charnière lombo-sacrée avec débord circonférentiel entraînant un comblement foraminaux et constitué des facteurs de conflit discaux radiculaires et discaux ostéophytiques pour les racines L5 expliquant la symptomatologie bilatérale présentée par le patient.” ;

- un courrier médical du 16 juillet 2012 adressé par le Dr L. \_\_\_\_\_ au Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Centre [...] de la Clinique [...], à [...]. Il établit en particulier la prescription d'Irfen® 800 mg retard et de Mydocalm® 150 mg (1x/j.) avec l'ajout, sur prescription du Dr L. \_\_\_\_\_, de 25 mg de Tryptizol® le soir en présence d'un patient de plus en plus déprimé. Néanmoins volontaire, l'assuré souhaitait reprendre son travail de maçon moyennant le port de charges adaptées.

Dans un rapport du 2 octobre 2012, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des lombo-sciatalgies bilatérales sur troubles dégénératifs (M54.5), sans pathologies associées. Il a constaté une incapacité de travail de l'assuré à 100%, dès le 15 mars 2012, dans l'activité habituelle de maçon mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux de force ni ports de charges, pas de positions sollicitant le dos avec également la position statique assis / debout, l'accroupissement, l'agenouillement et le porte-à-faux statique du rachis à éviter.

Le même jour, l'assuré s'est vu octroyer par l'OAI une mesure d'intervention précoce (MIP) sous la forme d'un bilan de compétences auprès de la Fondation [...] à [...], du 27 septembre au 26 décembre 2012. Selon une note d'entretien de suivi du 9 janvier 2013, l'intéressé n'était pas en mesure de suivre une formation professionnelle compte tenu de son niveau linguistique et de ses aptitudes. Ne souhaitant pas bénéficier d'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, mais désireux de retrouver un travail, il a bénéficié, le 13 février 2013, d'une orientation

professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi par le service de placement de l'OAI.

Le 28 mars 2013, un entretien a eu lieu entre l'assuré et un coordinateur emploi de l'Office AI. Il s'en est suivi le dépôt, par l'intéressé, d'une demande de stage de formation auprès du centre [...] de [...].

Par décision du 2 avril 2013, l'OAI a nié le droit à la rente à l'assuré.

Dans l'intervalle, l'assureur perte de gain de l'assuré a remis à l'Office AI une copie d'un rapport d'expertise du 21 mars 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et en chirurgie. Posant le diagnostic de hernie discale L5/S1 avec conflits disco-radiculaires et disco-ostéophytiques pour les racines L5 avec symptomatologie bilatérale, ce praticien partageait l'avis de ses confrères les Drs L.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. Il mentionnait pour sa part que si l'incapacité de travail était totale et définitive dans la profession de maçon, l'assuré disposait par contre d'une capacité de travail d'abord à 50% (pendant un ou deux mois), puis à 100% dans des activités adaptées à ses douleurs (par exemple : garçon de course dans une étude d'avocats ou chauffeur-livreur d'objets légers en pharmacie, voire chef de chantiers moyennant une formation spécifique).

Le 2 mai 2013, à la demande de l'assuré, l'OAI a annulé sa décision de refus de rente du 2 avril 2013.

Par décision du 5 juillet 2013, F.\_\_\_\_\_ Société d'assurances SA a mis fin au versement de ses indemnités journalières, avec effet au 31 octobre 2013, après le respect d'un temps d'adaptation nécessaire. Cet assureur se ralliait aux conclusions de l'expertise du Dr I.\_\_\_\_\_, retenant une pleine capacité de travail de l'assuré dans un poste adapté sur le plan médical.

**B.** Le 9 juillet 2013, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI (loi fédérale

du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) sous la forme d'une formation à une activité industrielle légère, en ateliers auprès d'un des centres Orif, pour une durée de trois mois.

Par lettre de congé du 22 juillet 2013, X.\_\_\_\_\_ SA a mis un terme au contrat de travail la liant à l'assuré, avec effet au 31 octobre 2013.

Du 30 septembre 2013 au 12 janvier 2014, l'assuré a suivi la mesure de reclassement professionnel octroyée le 9 juillet 2013 auprès du centre Orif d' [...]. Sur la base d'une note d'entretien / bilan de stage du 7 janvier 2014, cette mesure a été prolongée, du 13 janvier au 13 avril 2014. Intéressé par le secteur de la petite mécanique, l'assuré a ensuite suivi deux stages pratiques à plein temps, auprès d'O.\_\_\_\_\_ SA, à [...], puis de G.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. Il s'agissait de vérifier "si l'activité [correspondait] aux limitations de l'assuré et si une orientation dans ce domaine d'activité [était] envisageable" (lettre du 7 février 2014 de l'Orif à G.\_\_\_\_\_ SA). L'assuré n'avait pas le niveau pour entamer une formation de type AFP (attestation fédérale de formation professionnelle) ou CFC (certificat fédéral de capacité).

Le 26 mars 2014, P.\_\_\_\_\_ a été engagé à 100%, pour une période de trois mois d'essai, du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2014, par la société O.\_\_\_\_\_ SA.

A teneur d'une note d'entretien téléphonique du 20 juin 2014, l'Office AI a été informé qu'en raison de plusieurs incapacités de travail attestées par ses médecins, l'assuré se trouvait en arrêt de travail depuis le 15 mai 2014. Sa situation s'était péjorée au niveau du dos, rendant son activité inadaptée. Dans un certificat du 16 juin 2014, le Dr A.\_\_\_\_\_ attestait ainsi une incapacité de travail de l'assuré à 100% du 16 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2014, en raison de maladie. Il ressort également ce qui suit d'un rapport adressé le 9 juillet 2014 à l'Office AI par le Dr L.\_\_\_\_\_ :

"Le 14 mai 2014, le patient se présente en urgence, sans rendez-vous à mon cabinet en me décrivant que depuis 2 semaines il

souffre d'une nette augmentation de ses douleurs dans le bas du dos mais également au niveau de la colonne cervicale et dorsale ainsi que le[s] 2 bras et les 2 jambes. Il me dit qu'il a dû ce matin quitter son travail car il ne pouvait plus supporter ses douleurs qui ne répondent à 2x 800 mg d'Irfen® par jour et du Mydocalm® 150 mg. Il dit que ses douleurs des épaules l'empêchent de faire les mouvements nécessaires à sa place de travail.

Un examen neurologique ciblé montre des douleurs quasi ubiquitaires à la moindre palpation de la musculature et des insertions au niveau des 2 membres supérieurs, des épaules, des omoplates, la colonne vertébrale cervico-dorso-lombaire et des jambes. Les réflexes sont bien préservés. La force est diminuée à cause d'une innervation partielle antalgique. Il n'y a pas de déficit focalisé ou latéralisé.

Le patient nie toute chute ou tout traumatisme ou d'activité physique exagérée.

Cette soudaine aggravation pourrait éventuellement être en relation avec le maintien de la même position à sa place de travail actuelle.

J'ai proposé au patient transitoirement de traiter ses douleurs encore avec 4x 10 mg de Tramal® et je lui ai fortement conseillé de commencer une physiothérapie. J'ai demandé au patient de s'adresser à votre cabinet pour un bilan de laboratoire pour exclure tout état inflammatoire généralisé, un problème rhumatismal ou une *polymyalgia rheumatica* qui peut rarement produire ce genre de symptôme[s]."

Retenant des diagnostics invalidants identiques à ceux déjà mentionnés par ses soins le 14 mai 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ ajoutait celui de status post-rachialgies diffuses à la mi-mai 2014. Sans mentionner de pronostic au vu de la chronicité des troubles et leur (ré)aggravation récente, il retenait une incapacité de travail de l'assuré d'au moins 20% comme maçon, depuis le 10 mai 2012. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de travaux en position debout, en se penchant, pas de travaux avec les bras au-dessus de la tête, accroupi / à genoux, pas de rotations ni ports de charges de plus de cinq à sept kilos (près / loin du corps) et pas de montée sur une échelle / un échafaudage. Le traitement consistait en de la physiothérapie-ostéopathie avec un traitement antalgique "de fond et de crise".

Le 15 juillet 2014, l'assuré a informé l'Office AI de la fin de son contrat de travail chez O. \_\_\_\_\_ SA au 30 juin 2014, sans qu'un poste plus adapté n'ait pu lui être proposé au sein de cette entreprise.

Dans un rapport du 12 août 2014 à l'intention de l'OAI, le Dr A. \_\_\_\_\_ a posé pour sa part les diagnostics, avec effet sur la capacité de

travail, de syndrome lombo-vertébral chronique (sur atteinte discale L5 avec l'apparition de cervico-brachialgies bilatérales) et de trouble anxieux chronique. Mentionnant un pronostic réservé, il faisait notamment part d'un trouble anxieux chronicisé à évaluer. L'incapacité de travail de l'assuré était totale comme maçon. Sa capacité de travail était probablement de 80% dans une activité adaptée, cette situation devant être évaluée avec, de préférence, un poste varié en extérieur.

Selon un questionnaire pour l'employeur complété le 12 août 2014 par la société O.\_\_\_\_\_ SA, dans le poste d'ouvrier occupé par l'assuré jusqu'au 13 mai 2014, les charges physiques et les exigences intellectuelles étaient les suivantes :

Physiques:

- Etre assis (souvent, jusqu'à 5 ¼ h. par jour) ;
- Marcher (rarement, jusqu'à ½ h. par jour) ;
- Soulever ou porter jusqu'à 10 kilos (souvent, jusqu'à 5 ¼ h. par jour).

Intellectuelles:

- Concentration/attention (exigences faibles) ;
- Endurance (exigences moyennes) ;
- Soins (exigences moyennes) ;
- Faculté d'interprétation (exigences moyennes).

Dans un avis SMR du 26 août 2014, les Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ont constaté la nécessité d'un examen SMR de l'assuré, avec volet rhumatologique et psychiatrique, voire d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Les 8 décembre 2014, 14 janvier et 27 octobre 2015, l'assuré a produit des certificats du Dr A.\_\_\_\_\_ des 15 septembre, 8 octobre, 3 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2014, ainsi que des 6 janvier, 3 mars, 2 avril, 7 mai, 8 juin, 9 juillet, 17 août et 1<sup>er</sup> octobre 2015 attestant une incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle de maçon, au motif de maladie.

Les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, assisté de la psychologue B.\_\_\_\_\_, ont établi respectivement un rapport d'expertise rhumatologique du 26 juin 2015 et un rapport d'expertise psychiatrique du 29 octobre 2015. Ils ont précisé avoir procédé, le 25 juin 2015, à une discussion bidisciplinaire de leurs conclusions. Au terme d'exams complémentaires du 4 mars 2015 des épaules et de la colonne cervicale ainsi que lombaire, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu pour sa part les diagnostics suivants:

#### “4. DIAGNOSTICS

##### 4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ Lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
  - discopathie L4-L5 et L5-S1
- ▶ Cervico-brachialgies récurrentes
  - discopathie C6-C7 non conflictuelle

##### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent
  - diminution du seuil de tolérance à la douleur
- ▶ Omalgies gauches sans substrat organique, d'origine spondylogène probable
- ▶ HTA [hypertension artérielle]”

L'expert rhumatologue s'est exprimé en particulier comme suit

:

“Au status de ce jour, on note un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les amplitudes articulaires des épaules sont difficilement évaluables, les amplitudes articulaires étant limitées à 90° en antépulsion et en abduction. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur. L'examen frappe par une trophicité musculaire au-delà de la norme et des douleurs insertionnelles surtout au niveau de l'hémicorps supérieur, faisant évoquer la présence d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

A noter qu'il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique.

Du point de vue paraclinique, le bilan effectué jusqu'à ce jour met en évidence une discopathie L4-L5, L5-S1 et au niveau cervical, en C3-C4, avec diminution du trou de conjugaison à G à ce niveau. Les omalgies sont probablement d'origine spondylogène, au vu du caractère légèrement sténosant du trou de conjugaison en C3-C4.

L'ultrasonographie des épaules de ce jour est dans les normes. Il n'y a pas de signe de tendinopathie, de collection liquidienne intra-articulaire ou au niveau de la bourse. La RX [radiographie] de l'épaule G est également dans les normes.

Du point de vue thérapeutique, l'assuré devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec, voire en piscine, avec mobilisation douce, progressive, active et passive et applications de jet-massages. L'utilisation d'une ceinture lombaire en cas de ports de charge en porte-à-faux pourrait être proposée. Une mobilisation progressive de l'épaule est également à conseiller.

Du point de vue médicamenteux, une médication myorelaxante, décontracturante pourrait être proposée. La poursuite de la médication d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] et de tricycliques est également de mise.

Du point de vue de son exigibilité, concernant son activité de maçon-chef d'équipe, sa capacité de travail peut être estimée à 30%, estimant qu'il doit effectuer des mouvements de charge en porte-à-faux de manière répétitive.

Dans une activité adaptée, en limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier, et en limitant les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le MSD [membre supérieur droit], sa capacité de travail est totale.

[...]

Cette appréciation s'apparente à celle du Dr A.\_\_\_\_\_, qui dans son rapport médical estime une capacité de travail dans une activité adaptée de 80%.

Du point de vue bi-disciplinaire : après discussion avec le Dr Q.\_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son ancienne activité est de 30% et dans une activité adaptée est estimée à 100%."

En fin de rubrique intitulée "3. Constatations objectives" de son rapport, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé l'absence de signes de non-organicité selon Waddell ainsi que douze sur dix-huit points de fibromyalgie positifs.

Pour sa part, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté un éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (actuellement en rémission) sans répercussion sur la capacité de travail de l'expertisé. Il a notamment exposé ce qui suit :

#### “1.4 Anamnèse affective et sociale

Monsieur P.\_\_\_\_\_ a fait la connaissance de sa future épouse [...], née en [...], à l'âge de 18 ans et le mariage a été célébré en [...]. L'assuré est très heureux de cette union et il dépeint “*une épouse compréhensive, gentille*”. Cette dernière travaille à 50% en tant qu'employée de maison au [...]. Un enfant est né de cette union, [...] en 1988 qui s'est marié il y a deux ans et a eu un fils en [...]. Monsieur P.\_\_\_\_\_ apprécie beaucoup sa belle-fille d'origine brésilienne et : “*se réjouit du bonheur de ses proches*”, nous dit-il. L'assuré est heureux d'être grand-père et s'occupe beaucoup de son petit-fils qu'il va voir régulièrement.

#### 1.5 Anamnèse socio-économique récente

Monsieur P.\_\_\_\_\_ n'a plus de revenus, c'est son épouse [qui] assure la subsistance du ménage.

Il n'y a pas dettes ou de poursuites en cours.

L'assuré est titulaire du permis de conduire mais ne peut plus utiliser son véhicule en raison de ses cervicalgies.

[...]

#### 1.9 Antécédents psychiatriques et extraits du dossier

Jusqu'aux faits qui nous occupent, rien ne laisse supposer dans les documents en notre possession ou au vu des éléments anamnestiques que Monsieur P.\_\_\_\_\_ ait souffert de troubles psychiques. Il n'y a pas d'arguments pour des antécédents de tentatives de suicide, troubles thymiques, troubles anxieux, maladie de la dépendance, ou problème évoquant une décompensation psychotique.

[...]

#### 2. Indications subjectives de l'assuré(e)

##### 2.1 Plaintes subjectives de l'assuré(e)

Monsieur P.\_\_\_\_\_ se sent essentiellement limité par des cervicalgies et des lombalgies (cf. expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ du 04.03.2015).

##### 2.2 Fonctionnement psychosocial de l'assuré(e) (hors professionnel)

Le couple vit dans un 3,5 pièces au [...] et bénéficie d'un petit coin jardin avec un potager. Monsieur P.\_\_\_\_\_ se lève vers 7h30 et il a besoin d'une heure et demie pour pouvoir se mettre en route. L'assuré sort se promener un peu, s'occupe du potager, il prépare le repas de midi. L'après-midi, Monsieur P.\_\_\_\_\_ se balade à nouveau, cuisine le repas du soir et va parfois voir son fils et s'occuper de son petit-fils.

[...]

#### 3.2 Synthèse des tests psychométriques

##### 3.2.1 Tests généraux

Monsieur P.\_\_\_\_\_ a réalisé les tests psychométriques dans sa langue maternelle, sans grandes difficultés. Il existe une

relativement bonne concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation.

Le Hamilton 17 items suggère une symptomatologie dépressive subclinique à légère, en concordance avec le Beck 21. Avec un score de 13, ce dernier se situe dans les dépressions légères, mais à la limite inférieure de l'intervalle référence. A ce titre le facteur dépression du SCL-90R est aussi subpathologique.

Le Hamilton anxiété indique une anxiété mineure mais à la limite supérieure de l'index de référence, puisque ce sont probablement les symptômes prépondérants chez l'assuré. Le facteur *anxiété état* du Spielberger est néanmoins faible et celui du facteur *anxiété* du SCL-90R est pathologique, sans plus.

Le SCL-90R donne un indice de *somatisation* et *symptômes divers* élevés en rapport avec les plaintes somatique de l'assuré. Le facteur *obsession-compulsion* est subpathologique ; il suggère une certaine psychorigidité. Tous les autres facteurs sont dans les normes à l'exception de *dépression* et *anxiété* qui ont déjà été analysés.

En d'autres termes, l'assuré n'a jamais tenté d'amplifier ou de majorer ses symptômes, ce qui est un élément de bon pronostic. Il prédomine essentiellement des plaintes du registre somatique et quelques symptômes anxieux.

Cela pourrait expliquer la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient.

### 3.3 Examen clinique du 24 juin 2015

Monsieur P. \_\_\_\_\_ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'un homme faisant plus jeune que son âge biologique, de taille moyenne assez athlétique, soigné de sa personne. L'assuré est très courtois, souriant et se montre particulièrement aimable et collaborant durant cette expertise. Monsieur P. \_\_\_\_\_ est ouvert d'esprit, positif et apparaît comme un homme sensible ayant une philosophie de vie humaine et positive. L'assuré n'est jamais quérulant ou revendicateur. A quelques reprises Monsieur P. \_\_\_\_\_ a l'air légèrement ému en évoquant ses problèmes de santé, les répercussions sur sa famille et leur situation économique.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Monsieur P. \_\_\_\_\_ s'exprime bien en français avec un léger accent lusitanien. L'intelligence est normale. Jugement et raisonnement sont conservés.

Actuellement il n'y a pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Monsieur P. \_\_\_\_\_ reste un peu émotif et préoccupé par sa situation qui peut entraîner parfois une certaine amertume. Il n'y a pas d'irritabilité marquée ou d'anxiété flottante et constante.

Le sommeil est très perturbé dans sa phase d'endormissement et surtout de maintien en raison des cervicalgies et des lombalgies. Monsieur P.\_\_\_\_\_ évoque un réveil difficile avec la nécessité, en raison de ses douleurs cervicales et lombaires, d'aller se baigner à l'eau chaude pour pouvoir se mettre en route.

L'appétit est normal et le poids est plutôt stable : actuellement 85 kg pour une taille de 1,75 m. (BMI = 25,7). La libido et les rapports sexuels sont plutôt diminués en rapport avec ses limitations physiques.

Il n'y a pas de troubles patents subjectifs de l'attention et de la concentration ni de suicidalité.

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

Monsieur P.\_\_\_\_\_ ne consomme pas d'alcool et le tabagisme se situe à ½ paquet par jour. Il n'y a pas de prise de substances illicites annoncée.

Monsieur P.\_\_\_\_\_ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

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

Au niveau somatique, Monsieur P.\_\_\_\_\_ annonce des cervicalgies empêchant certains mouvements de la nuque et des lombalgies qui parfois sont difficilement supportables lorsqu'il doit maintenir une position assise.

### 3.4 Personnalité :

Rien n'indique que l'assuré présente un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. [...]"

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est prononcé finalement comme suit :

### "5.2 Appréciation diagnostique

D'un point de vue psychopathologique, Monsieur P.\_\_\_\_\_ se plaint essentiellement de douleurs multiples, incapacitantes pour lesquelles une cause organique a été mise en évidence avec une composante du registre trouble somatoforme. Enfin, le Dr A.\_\_\_\_\_ relève un trouble de l'anxiété généralisée.

D'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucun élément en faveur d'une dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Certes, Monsieur P.\_\_\_\_\_ est un peu émotif et

préoccupé par sa situation, ce qui peut apporter une certaine amertume, mais il s'agit d'une réaction psychologique qui peut être considérée comme normale. Il n'y a pas non plus véritablement d'élément en faveur d'un trouble de l'anxiété généralisée ou toute autre pathologie psychiatrique, que ça soit une symptomatologie psychotique ou maladie de la dépendance. Il existe une certaine anxiété, néanmoins probablement légère et fluctuante, liée [à] l'incertitude de sa situation personnelle, économique et professionnelle. Enfin, il n'y a pas d'argument en faveur d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

L'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux peut se poser, mais cela n'a jamais été évoqué avant l'arrêt de travail de juin 2014 qui prend racine sur le début d'une activité au sein d'O.\_\_\_\_\_. Il est probable que l'assuré ait pu présenter à l'époque un trouble de l'adaptation qui se soit manifesté surtout par des somatisations. L'évolution a été rapidement favorable.

### 5.3 Appréciation de la capacité de travail sur le plan de la médecine des assurances

D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est entière et sans baisse de rendement dans une activité adaptée. A ce titre, le long stage à l'ORIF l'a démontré.

### 5.4 Proposition de traitement

Il n'y a pas de justification à une prise en charge psychiatrique.

### 5.5 Pronostic

Le pronostic est bon mais l'assuré risque de se heurter à des limitations telles que l'âge, une maîtrise du français parlé mais pas écrit, l'absence de qualifications professionnelles et le marché du travail."

En intégrant l'aspect psychiatrique et rhumatologique, les experts ont constaté une capacité de travail de l'assuré à 30% en lien avec son activité antérieure de maçon-chef d'équipe et totale, dès avril 2012, dans une activité adaptée, c'est-à-dire limitant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier (de plus de cinq à dix kilos) et limitant les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit (en abduction et en antépulsion). L'atteinte à la santé psychique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle.

Dans un avis SMR du 13 novembre 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et conclusions des experts, précisant toutefois qu'en l'absence d'explications du Dr K.\_\_\_\_\_ le conduisant à s'écarter

des avis des Drs A.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, il convenait de retenir une capacité de travail de l'assuré nulle, dès janvier 2012, dans l'activité habituelle de maçon.

Le 5 février 2016, l'assuré a produit de nouveaux certificats du Dr A.\_\_\_\_\_ des 3 et 30 décembre 2015 ainsi que du 1<sup>er</sup> février 2016 attestant toujours une incapacité de travail à 100% comme maçon.

Le 26 février 2016, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de refus de rente retenant une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activités légères de l'industrie ou des services), à savoir pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit au-delà de l'horizontale (en abduction et antépulsion) et pas de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier (de plus de cinq à dix kilos) de façon répétitive. Il a fixé le taux d'invalidité à 35.14%. Des mesures de reclassement professionnel n'entraient également pas en compte dès lors qu'elles n'étaient pas susceptibles de diminuer le préjudice économique de l'assuré.

Par communication du même jour, l'OAI lui a octroyé un conseil et un soutien pour la recherche d'un emploi de la part de son service de placement.

Le 25 mai 2016, l'assuré, par son conseil en la personne de Me Stéphanie Cacciatore, a pris position sur le projet précité en indiquant que l'Office AI n'était pas fondé à lui refuser le droit à la rente. Il soutenait, en substance, que les rapports d'expertise des Drs K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ne tenaient pas compte de l'évolution de son état de santé, psychique notamment. Il sollicitait à cet égard une expertise psychiatrique complémentaire auprès de la Fondation H.\_\_\_\_\_ "permettant à M. P.\_\_\_\_\_ de s'exprimer dans sa langue, ainsi qu'une réévaluation de l'activité adaptée considérée".

Par décision du 7 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré.

**C.** Par acte du 13 juillet 2016, P.\_\_\_\_\_, représenté par Me Cacciatore, a recouru contre cette décision. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente « dans la mesure que Justice dira », subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il conteste essentiellement la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, au motif que la valeur probante des rapports d'expertise des Drs K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ serait insuffisante. Ces médecins n'auraient en effet tenu aucun compte de l'évolution récente de la jurisprudence relative aux syndromes douloureux sans pathogenèse ni étiologie claire, et sans constat de déficit organique, telles que la fibromyalgie ou le trouble somatoforme douloureux. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne semblerait pas avoir eu connaissance du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr K.\_\_\_\_\_ et n'en aurait, quoi qu'il en soit, pas tenu compte dans son analyse. Il n'aurait tenu aucun compte de l'échec d'une reprise du travail chez O.\_\_\_\_\_ SA, n'aurait pas analysé la compliance médicamenteuse ni l'opportunité de la poursuite du traitement médicamenteux en dépit de l'absence de diagnostic psychiatrique, et aurait insuffisamment analysé les répercussions des atteintes à la santé sur la vie quotidienne de l'assuré, constatant notamment de manière contradictoire qu'il s'occupait « beaucoup » de son petit-fils, dans l'anamnèse, et qu'il s'en occupait « parfois », dans la discussion.

Le recourant a également produit un rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au Centre Médical du [...], à [...]. Ce rapport a été adressé par le Dr S.\_\_\_\_\_ à Me Cacciatore. Il expose en particulier ce qui suit :

“Je vous informe que votre client ci-dessus a initié un traitement spécialisé sous ma responsabilité depuis le 02.06.2016.

Il m'a remis la lettre de l'Office de l'assurance[-]invalidité du canton de Vaud du 7 juin 2016 qui l'informe de refus de rente d'invalidité car d'après les calculs effectués par l'AI il n'aurait qu'un degré d'invalidité de 35.14 %.

Après l'avoir examiné, et avoir lu le dossier médical complet de l'AI, je constate que l'expert psychiatre (Dr. Q.\_\_\_\_\_) qui l'a examiné en 2015 n'a retenu que le diagnostic d'Eventuel trouble de

l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, actuellement en rémission. En plus, l'expert a considéré que ce diagnostic ne provoquait pas de limitations pour votre client.

Dans mes examens du 2 et 15 juin 2016 j'ai observé un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existait une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées à une fatigue importante, même après un effort minime. Il y avait une importante diminution de l'estime et de la confiance en soi. Assez souvent il se laisse envahir par le découragement mais je n'ai pas constaté la présence des idées de mort.

Au début de son traitement il a présenté un résultat de 32 points à l'échelle Hamilton Dépression (17 items) ce qui correspond à une intensité sévère de sa dépression. Le tableau dépressif s'accompagne, mais ne les explique pas complètement, par des douleurs persistantes qui ont leur origine dans les problèmes de somatique bien précis. Ainsi, les facteurs psychiques peuvent intensifier sa souffrance douloureuse, mais ils ne sont pas à son origine.

Il n'y a pas lieu d'un trouble factice et le fonctionnement de votre client se trouve passablement perturbé. L'échelle d'Evaluation globale du fonctionnement au début du traitement montrait un résultat de 55, compatible avec une symptomatologie moyenne entraînant des difficultés moyennes dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie.

Je retiens les diagnostics psychiatriques suivants, selon la CIM-10 de l'OMS :

F32.2 - Episode dépressif d'intensité actuelle sévère  
F45.41 - Douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques.

Sa capacité de travail actuelle est nulle pour son activité habituelle et j'estime qu'il lui soit possible d'exercer une activité adaptée à un taux non supérieur à 50%.

C'est ainsi qu'il est justifié de faire recours de la décision de refus de rente d'invalidité à l'AI. [...]"

Le recourant déduit de ce rapport qu'il faudrait au moins admettre qu'une péjoration de son état de santé était survenue au moment de la décision litigieuse, dont il convient de tenir compte dans le cadre de l'examen de son droit aux prestations.

A titre de mesure d'instruction, le recourant demande qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par le tribunal.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 22 septembre 2016.

Le recourant a maintenu ses conclusions au terme d'une nouvelle détermination déposée le 29 novembre 2016. Il a notamment produit un nouveau rapport médical du Dr S.\_\_\_\_\_ à Me Cacciatore, dans lequel ce médecin pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F 32.1) et de « douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques » (F 45.41). Il atteste une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, depuis au moins janvier 2016. Sur le plan psychique, il fait état des limitations fonctionnelles suivantes : « fatigabilité augmentée, manque d'élan vital, focus de l'attention centré sur ses douleurs, l'initiative est réduite et il tend à l'isolement social ». Il demande par ailleurs, désormais, qu'une expertise psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée par le tribunal.

Par ordonnance du 5 décembre 2016, le juge instructeur a informé les parties du rejet de leurs réquisitions de preuves dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite. La cause paraissant en l'état d'être jugée, les parties ont également été informées que sauf nouvelle réquisition, un jugement leur serait notifié.

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

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

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des

offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des 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. En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects du droit à la rente litigieux. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

**3.** **a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b

et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**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 51 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2, TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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, 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

**4. a)** L'intimé a constaté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, permettant d'éviter les mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit au-delà de l'horizontale, en abduction et antépulsion, le port de charges en porte-à-faux avec un long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de façon répétitive. Il s'est fondé sur les constatations des Drs K.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, dont la valeur probante est remise en cause par le recourant, notamment en raison du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr K.\_\_\_\_\_ et dont le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'aurait pas eu connaissance ou pas tenu compte. Il se réfère également à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux syndromes douloureux sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique.

**b)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère

invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65) ou encore le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 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).

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.

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

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

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C 1916/2015 du 31 mai 2016 et références citées). Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (cf. ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 *in initio*).

**c)** En l'espèce, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de fibromyalgie en se fondant notamment sur le constat de douze points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit. Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr Q.\_\_\_\_\_ en avait parfaitement connaissance, puisque les deux experts ont tenu un consilium bidisciplinaire le 25 juin 2015. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionne d'ailleurs expressément ce diagnostic posé par son confrère, en page 5 de son rapport. Il ne le rediscute pas dans son

propre rapport dans la mesure où il ne s'agit pas à proprement parler d'un diagnostic psychiatrique. Par ailleurs, les Drs K. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ n'ont effectivement pas établi leur expertise en se référant expressément aux critères posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281. On ne peut toutefois pas leur faire le reproche de n'avoir pas immédiatement intégré cette jurisprudence, datée du 3 juin 2015, dans la mesure où cet arrêt date du 3 juin 2015 et où les experts ont pratiqué leurs examens cliniques les 4 mars et 24 juin 2015, avant de procéder à un consilium bidisciplinaire le 25 juin 2015, soit à une date où l'ATF 141 V 281 n'avait pas encore été publié. Ils ont par ailleurs établi leurs rapports les 26 juin 2015 (Dr K. \_\_\_\_\_) et 29 octobre 2015 (Dr Q. \_\_\_\_\_), soit à des dates où l'on doit admettre que le temps d'adaptation nécessaire pour répondre précisément aux exigences de cette jurisprudence n'était pas encore écoulé. Cela n'invalide pas *a priori* l'expertise et il convient d'examiner si les constatations des experts permettent néanmoins une appréciation probante de la capacité résiduelle de travail du recourant à l'aune des indicateurs déterminants.

Tel est bien le cas : Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération, en tenant compte de l'absence d'amplification ou de majoration des symptômes par le recourant. Il a également tenu compte de l'échec d'une reprise du travail en mai 2014, qu'il attribue à un éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, actuellement en rémission. Il observe que le Dr L. \_\_\_\_\_ a prescrit à l'époque du Tryptizol®, comme traitement antalgique et antidépresseur de base. Il ne se prononce effectivement pas sur la compliance médicamenteuse, notamment au Saroten® - qui est un anti-dépresseur -, mais observe l'absence de dépressivité marquée à l'examen clinique. Il ne lui appartenait pas, comme expert mandaté par l'intimé pour se déterminer sur les atteintes à la santé et la capacité de travail, de se prononcer sur l'adéquation de ce médicament prescrit par le médecin traitant. On précisera néanmoins que cette adéquation ne peut être niée d'emblée compte tenu d'un éventuel trouble de l'adaptation, même en rémission actuellement, et de l'anxiété - certes légère et fluctuante - admise par le Dr Q. \_\_\_\_\_ en relation avec

l'incertitude du recourant sur sa situation personnelle, économique et professionnelle. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a nié toute autre comorbidité psychique qu'un éventuel trouble de l'adaptation en rémission, et a tenu compte des comorbidités physiques, qui n'impliquaient toutefois pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. L'expert a également pris en considération l'indicateur relatif à la cohérence entre l'incapacité de travail totale alléguée et le retentissement des atteintes à la santé dans les autres domaines de la vie. Il n'y a pas de véritable contradiction à mentionner d'une part, sous « anamnèse affective et sociale », que l'assuré est heureux d'être grand-père et qu'il s'occupe beaucoup de son petit-fils qu'il va voir régulièrement, et d'autre part, dans la description d'une journée ordinaire, que l'assuré rend parfois visite à son fils et s'occupe de son petit-fils l'après-midi. Pour sa part, le Dr K. \_\_\_\_\_ a noté que l'assuré était capable, notamment, de marcher plus de 60 minutes, de porter des charges de plus de 5 kg, de rester assis pendant 30 à 60 minutes, de prendre les commissions légères et de faire les repas, mais qu'il n'était en revanche pas capable de conduire, de passer l'aspirateur, relever la poussière, nettoyer les vitres et effectuer des commissions lourdes, ces activités étant effectuées par son épouse. On ne voit pas d'incohérence entre ces empêchements et la capacité de travail totale dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles admises par les experts. Enfin, l'absence de tout suivi psychiatrique spécialisé entre la date de la demande de prestations et le 2 juin 2016 constitue également un indicateur relatif à l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimé s'est fondé à juste titre sur les rapports des Drs K. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ pour constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par ces médecins. Un complément d'expertise en raison de l'ATF 141 V 281 n'est pas nécessaire. Pour le surplus, le recourant ne soulève aucun grief relatif à l'évaluation de l'invalidité, en particulier sur le revenu hypothétique sans invalidité et sur le calcul du revenu d'invalidité effectué par l'intimé, qui ne prête au demeurant pas flanc à la critique. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur ces aspects de la décision litigieuse.

**5.** Le recourant a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de son recours. Ces documents, en particulier les rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ ne remettent pas sérieusement en cause les constatations des Drs K. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ à l'époque de l'expertise, comme le concède d'ailleurs le recourant. Ils ne permettent pas davantage de constater une péjoration durable de l'état de santé, de nature à ouvrir droit aux prestations à la date de la décision litigieuse. Le recourant n'a pas consulté le Dr S. \_\_\_\_\_ avant le 2 juin 2016 et ce médecin n'explique pas sur quels éléments factuels il se fonde pour attester une incapacité de travail de 50% dès le mois de janvier 2016 déjà, soit six mois avant sa première consultation. Par ailleurs, même en admettant une telle incapacité de travail depuis le mois de janvier 2016, elle ne fonderait pas le droit aux prestations à la date de la décision litigieuse (cf. art. 28 al. 1 let. b et c et consid. 3). Une expertise judiciaire en vue de déterminer si l'aggravation alléguée et attestée par ce médecin est bien réelle et si elle est durable, de même qu'un renvoi pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ne se justifient donc pas. Il appartiendra au recourant de préciser à l'OAI s'il entend que les documents produits en instance de recours soient traités comme une nouvelle demande de prestation.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

**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 principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. à la charge du recourant, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 juin 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
- 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 :

- Me Stéphanie Cacciatore (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :