

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Thalmann et Mme Moyard, assesseuse
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, travaillait comme manoeuvre en génie civil auprès de l'entreprise G. _____ au [...], depuis 1985, le plus généralement par le biais de contrats de travail saisonniers. Son dernier contrat a été résilié par l'employeur pour le 31 décembre 2009.

L'assuré a présenté une totale incapacité de travail depuis le 10 août 2009. Il a perçu à ce titre des indemnités journalières, versées par M. _____, assureur perte de gain maladie de G. _____.

Le 4 février 2010, l'assuré a été examiné par le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de M. _____, par lequel il avait déjà été ausculté à deux reprises en 2007, dans le contexte d'une précédente incapacité de travail.

Dans son rapport du 5 février 2010 à M. _____, le Dr P. _____ a diagnostiqué une affection ostéo-articulaire, qu'il jugeait « améliorée », ainsi qu'une surcharge psychologique importante d'origine non définie, attribuée par l'assuré à sa maladie physique. Le praticien a estimé que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'impliquant pas le port de charges de plus de 10 à 15 kg de manière ponctuelle, pas de position en porte-à-faux et pas de marche en terrain irrégulier. Dans son rapport du même jour au Dr V. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, le Dr P. _____ a fait état d'un examen clinique pratiquement dans les normes, à l'exception d'une tension artérielle nettement trop élevée. Aucun signe de compression radiculaire aux membres inférieurs ni d'arthrite goutteuse n'avait été mis en évidence. Le patient émettait cependant des plaintes très démonstratives, malgré tous les traitements entrepris jusqu'alors. Le médecin-conseil suspectait une surcharge psychogène, qui n'avait pas l'air de s'améliorer malgré le traitement antidépresseur suivi.

Par décision du 24 février 2010, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, M. _____ a mis fin au paiement des indemnités journalières perte de gain maladie au 30 juin 2010.

Le 15 mars 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), alléguant une totale incapacité de travail depuis le 10 août 2009 en raison d'une hernie discale.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr V. _____ s'est prononcé dans un rapport médical du 22 mars 2010. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs polyarticulaires depuis 2007, et, sans effet sur la capacité de travail, d'état dépressif léger et d'hypertension artérielle depuis 2009. Dans le cadre de l'anamnèse, le médecin traitant a également relevé une discopathie L5-S1, ainsi que de la goutte. Selon lui, l'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis le 14 août 2008. Il a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr V. _____ a mentionné la nécessité d'éviter les activités uniquement en position assise, celles uniquement en position debout, les activités à genoux et le port de charges excédant 15 kilos. Il a joint divers documents médicaux, dont un rapport du 22 octobre 2009 du Dr S. _____, spécialiste en rhumatologie aux I. _____ (ci-après : I. _____). Celui-ci soulignait en substance que l'examen du genou avait démontré une articulation indolore, mobile et calme, permettant de penser que les gonalgies présentes durant l'été étaient passées au deuxième plan. Le rhumatologue relevait en outre des lombosciatalgies gauches, assez démonstratives. Le Dr V. _____ a également transmis un rapport du 24 décembre 2009 des Drs S. _____ et C. _____, médecin-assistant aux I. _____, où l'assuré avait séjourné du 23 novembre au 11 décembre 2009, diagnostiquant une hypertension artérielle, des troubles anxio-dépressifs et un status post crise de goutte. Les praticiens précisaient que le patient avait bénéficié d'une infiltration épidurale, qui avait permis une bonne amélioration de la

symptomatologie, ainsi que de physiothérapie, ergothérapie et séances de musculation. Ils soulignaient que les douleurs liées aux cervico-brachialgies, bien contrôlées par une antalgie per os, s'estompaient progressivement. Le traitement des troubles dépressifs se poursuivait et le patient se montrait progressivement moins triste, à mesure qu'il accomplissait des progrès sur le plan de sa mobilité. En conclusion, les médecins des I._____ estimaient que les progrès considérables en physiothérapie et la diminution des douleurs permettaient une reprise de l'activité antérieure à 100%, mais que « pour des raisons asséculo-logiques », ils prolongeaient l'arrêt de travail jusqu'au 20 janvier 2010, date de réouverture de l'entreprise de l'assuré.

Par avis du 3 février 2011, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a décidé la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, compte tenu de la discordance entre les plaintes importantes de l'assuré et son status clinique quasi normal.

Le 9 mars 2011, l'assuré a été soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé au SMR par les Drs T._____, spécialiste en rhumatologie, et K._____, spécialiste en psychiatrie. Dans leur rapport du 18 mai 2011, les médecins ont retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches, non déficitaires, dans un contexte de hernie discale paramédiane gauche L5-S1, et de troubles dégénératifs postérieurs étagés avec composante de canal lombaire étroit en L4-L5 (M54.4). Ils ont précisé que du point de vue psychiatrique, aucune affection avec incidence sur la capacité de travail n'avait été décelée. Sans répercussion sur la capacité de travail, les praticiens ont mis en évidence des épisodes itératifs de goutte du genou gauche, sans érosion, une gonarthrose interne débutante, un statut post-ponction d'un kyste poplipé gauche et une dysthymie (F34.1). Au titre de l'appréciation du cas, les Drs T._____ et K._____ ont noté ce qui suit :

« (...)

Monsieur X. _____ se décrit incapable de reprendre ses activités professionnelles en raison d'une lombalgie basse irradiant au membre inférieur gauche. Le trajet décrit au MIG [membre inférieur gauche] ne permet pas de retenir de radiculalgie systématisable sur le plan L5 ou S1. Il n'est pas possible de préciser s'il existe une composante inflammatoire, l'assuré a mal jour et nuit, quotidiennement.

En demandant plusieurs fois à Monsieur X. _____ s'il a d'autres problèmes de santé gênant la reprise d'un travail, la 1^{ère} fois il répond que c'est tout ce qu'il a, la 2^{ème} fois il annonce de l'hypertension artérielle, du stress, des céphalées. A distance, l'assuré dit avoir le genou gauche gonflé tout le temps ; en précisant les symptômes en relation avec les éventuelles crises de goutte, l'assuré a 3 à 4 fois par an une crise de goutte touchant le genou droit ou gauche avec des ponctions du genou effectuées par le Dr V. _____ 2 à 3 fois par an. L'assuré est sous traitement de Zyloric® depuis 2007, il prend vraisemblablement lors des crises de gouttes un traitement de Colchicine®.

(...)

L'assuré se décrit extrêmement limité dans ses capacités physiques, il est capable de marcher 2 à 300 mètres avec 2 cannes anglaises, il ne peut pas porter de charges.

L'examen montre un homme de [...] ans, avec un état général conservé pour l'âge, il a une pré-obésité, il présente un érythème facial, une hyperhémie conjonctivale, reconnaît une consommation augmentée d'alcool. A ses dires, il ne consomme plus rien depuis 2 à 3 ans. L'hypochondre droit est sensible de même que la fosse iliaque gauche, il n'y a pas d'hépatomégalie.

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire L5 ou S1 gauche.

Comme mentionné dans le dossier par le Dr P. _____ et par le Dr S. _____, l'assuré a un comportement algique démonstratif. La marche est précautionneuse en salle d'examen, elle est ralentie, à l'extérieur de la salle d'examen il marche à une vitesse de 2 km/heure avec ses deux cannes anglaises. Il a un ressenti douloureux marqué lorsqu'on examine son rachis lombaire, mais également ses hanches. Cela contraste avec une mobilisation du genou gauche qui est seulement sensible lorsque l'on teste les ménisques.

Au niveau ostéoarticulaire périphérique, l'assuré a une mobilité complète des épaules, indolore. La mobilisation des hanches est limitée par une douleur, nous n'avons pas d'arrêt dur pour une composante de coxarthrose.

Au niveau des genoux, l'assuré a une légère tuméfaction à gauche et une légère augmentation de la chaleur, sans rougeur, il n'a pas d'épanchement. La mobilité est complète, indolore. L'examen n'oriente pas vers une gonarthrose. Seule la pointe supérieure de la rotule est douloureuse. La musculature est conservée. L'assuré n'arrive pas à s'accroupir à plus d'un tiers d'amplitude, ressent une importante douleur du genou gauche et du bas du dos. Il n'y a pas d'arthrite aiguë lors de l'examen de ce jour.

Au niveau du rachis, nous avons des troubles statiques sous forme surtout d'une hypercyphose dorsale avec un relâchement de la

sangle abdominale. L'assuré a une attitude scoliotique dorsale à convexité droite, réductible en flexion du tronc. Nous retrouvons pratiquement la même mobilité que celle décrite dans le dossier par le Dr P. _____ ou par le Dr S. _____ avec un indice de Schober de 3,5 cm, alors qu'il était de plus 4 cm dans le dossier (N=5cm) ; la limitation en extension est du même ordre, c'est-à-dire un tiers, l'assuré a mal tant en flexion qu'en extension ne permettant pas d'orienter vers une composante discale ou articulaire postérieure. La palpation est douloureuse de L1 à L5, davantage sur le dernier étage, il n'y a pas de contracture paravertébrale fixée. En nous basant sur la mobilité constatée et sur la palpation, nous retiendrons un syndrome rachidien léger. Il existe une discordance entre les éléments cliniques objectivés à l'examen segmentaire de la région lombaire et les difficultés annoncées par l'assuré ou encore les difficultés présentées lors de la gestuelle spontanée. Il existe un glissement du cas vers un syndrome de type maladie (illness syndrome), l'assuré devant à présent utiliser deux cannes anglaises pour sortir de son domicile.

L'IRM du rachis lombaire de 2007 montre à l'époque déjà un pincement avancé en L5-S1, avec un remaniement inflammatoire des plateaux, une protrusion discale médiane, des troubles génératifs postérieurs étagés avec une composante de canal lombaire étroit en L4-L5. Il est difficile de juger l'évolution sur le CT-lombaire d'octobre 2009, cet examen étant nettement moins sensible pour voir la gravité de la discopathie L5-S1 ; on a l'impression que le volume est un peu plus important, le radiologue parle alors de hernie discale. La situation n'a pas évolué au niveau L4-L5, les troubles dégénératifs sont un peu plus marqués au niveau L3-L4 avec depuis 2009 également une composante de canal lombaire étroit.

L'IRM du genou gauche de septembre 2009 montre un oedème du condyle fémoral externe gauche. Les clichés ont été présentés à l'orthopédiste traitant de l'assuré qui a retenu qu'ils étaient compatibles avec une arthrite au décours dans le contexte de goutte connue (cf. page. 4 de la lettre du Dr P. _____ du 5 février 2010). Initialement, il avait été gardé comme diagnostic différentiel une possible ostéonécrose aseptique. Cet examen montre également un début de gonarthrose sur le compartiment interne. De nouveaux clichés sont réalisés le 22.3.2011 ne montrant pas d'évolution de la gonarthrose débutante du compartiment interne gauche ; il n'y a pas d'évidence d'ostéonécrose, pas d'érosion goutteuse.

Sur le plan psychiatrique, cet assuré de [...] ans, manoeuvre dans le génie civil, sans antécédents psychiatriques familiaux ni personnels, se plaint de douleurs dorsales basses apparues en 2007 qui l'empêchent de travailler.

Le dossier médical ne contient aucun document psychiatrique. L'anamnèse ne met en évidence aucune plainte psychiatrique, l'assuré dit que ses douleurs somatiques le stressent et qu'il rumine sa situation d'homme incapable de travailler. Il reste capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

L'examen clinique met en évidence une dysthymie : l'assuré montre une labilité émotionnelle et une focalisation sur sa situation socioprofessionnelle. Il reste assis sans montrer de signes évocateurs d'une symptomatologie douloureuse durant les 75 minutes de l'examen clinique psychiatrique.

La dysthymie n'est pas une affection incapacitante.

L'assuré ayant des plaintes algiques qui ne sont pas entièrement explicables par un processus physique objectif, il y a lieu de souligner que la dysthymie ne constitue pas une comorbidité psychiatrique manifeste ; que l'affection somatique dont se plaint l'assuré a une évolution fluctuante, il a déclaré que les médicaments reçus récemment avaient apporté une légère amélioration de ses douleurs ; il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, puisque l'assuré vit avec sa femme, reçoit l'aide de ses enfants, reçoit des visites et sort de chez lui ; qu'un état psychique cristallisé n'est pas trouvé ; qu'il est difficile de parler d'échec d'un traitement conduit dans les règles de l'art, puisque l'assuré est incapable de dire quels médicaments il prend.

Monsieur X. _____ ne présente donc aucune affection psychiatrique incapacitante.

Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de mouvement répété de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de position statique assis de plus de 60 min, debout de plus de 30 min, pas de port de charge de plus de 10 kg.

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

Depuis le 14 août 2009.

Pour rappel, dans les suites de la prise en charge dans le service de rééducation d'I. _____ (séjour du 23.11. au 11.12.2009), il avait été conclu qu'au vu des progrès considérables effectués en physiothérapie et à la diminution des douleurs, que l'assuré était capable de reprendre son activité antérieure de manoeuvre à 100%, ceci alors que le canal lombaire étroit était connu, de même que la petite hernie discale paramédiane gauche. Par la suite, alors que la situation clinique est identique, le Dr P. _____ reconnaît dans sa consultation du 4 février 2010 que l'assuré serait peut-être mieux dans une activité moins sollicitante pour ses articulations, en particulier son dos. Le Dr P. _____ retient des limitations fonctionnelles avec un port de charges d'au maximum 10-15 kg de manière ponctuelle, l'absence de positions en porte-à-faux, de marche sur terrain irrégulier, estime qu'en dehors de ces restrictions, l'assuré devrait pouvoir reprendre une activité professionnelle à 100%. Cliniquement, l'affection ostéoarticulaire lui paraît comme étant plutôt améliorée.

En faisant la part des choses entre les facteurs propres et les facteurs étrangers, nous constatons que l'assuré présente déjà des troubles dégénératifs importants du rachis lombaire en 2007, que ceux-ci vont en s'aggravant progressivement, nécessitent ultérieurement une hospitalisation. Une reprise de la même activité professionnelle de manoeuvre, physiquement contraignante ne peut être soldée que par un échec. Nous reconnaissons dès lors comme le Dr P. _____ que l'incapacité de travail de l'assuré est totale depuis le début de l'arrêt de travail le 14 août 2009, dans l'activité habituelle de manoeuvre.

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

Elle est restée stationnaire depuis avec une IT [incapacité de travail] totale dans l'activité de manoeuvre.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans une activité respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est complète, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr P. _____ datant de février 2010, l'état de santé de l'assuré ne s'étant pas modifié. D'un point de vue pratique, les chances de succès de mesures d'ordre professionnel sont très faibles.

Par rapport à la date d'exigibilité, nous retenons la sortie du service de rééducation d'I. _____ début janvier 2010.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE MANŒUVRE : 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS: JANVIER 2010

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION. »

Dans un rapport SMR du 27 mai 2011, le Dr N. _____ a souligné que l'examen bidisciplinaire précité avait permis de constater l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante et de confirmer les diagnostics retenus jusqu'alors par le SMR (lombosciatalgies gauches non déficitaires [code CIM : M.54.4], associées aux pathologies du ressort de l'AI d'hernie discale paramédiane gauche L5-S1, de troubles dégénératifs postérieurs étagés et de canal lombaire étroit L4-L5 ; au titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI : goutte au genou gauche, gonarthrose interne débutante et dysthymie). Le médecin a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis décembre 2009, (fin du séjour de l'assuré aux I. _____), précisant que des mesures professionnelles n'avaient que peu de chances d'aboutir, l'assuré s'étant visiblement installé dans une identité d'invalidé.

L'OAI a mis en place une mesure d'ordre professionnel du 8 août au 15 novembre 2011, sous la forme d'une orientation professionnelle par coaching en entretiens individuels auprès de R. _____, afin d'évaluer le potentiel et la motivation de l'assuré à entreprendre d'éventuelles mesures professionnelles. L'assuré ne parvenant pas à se redynamiser uniquement pas le biais d'entretiens individuels, il a également été mis au bénéfice de cours de travaux

manuels. Dans son rapport du 16 novembre 2011, L. _____ de R. _____ a conclu en ces termes : «De mon côté, je ne vois pas d'amélioration ni physique ni morale, au contraire comme maintenant, M. X. _____ n'a aucun résultat des traitements médicaux, il est encore plus renfermé. Dans son état actuel, de mon point de vue, M. X. _____ ne peut pas se réinsérer professionnellement, mais son médecin pourra le dire mieux que moi après les examens plus approfondis qu'il a demandés ».

Dans le bilan de mesure du 17 novembre 2011, l'OAI a pris acte du fait que les mesures accordées n'avaient pas pu aboutir à un résultat positif, l'assuré étant resté centré sur ses douleurs. Le rapport de bilan contenait le passage suivant : « Nous pouvons observer que l'assuré s'est « installé » dans un processus d'invalide qui pourrait également avoir un lien avec des facteurs non-médicaux. Selon les plaintes de l'assuré, aucune activité même adaptée n'est possible. Nous expliquons à l'assuré qu'il n'y a malheureusement pas d'éléments dans les conclusions médicales qui corroborent ses propos. L'assuré nous indique qu'il a effectué d'autres examens médicaux, mais qu'à ce jour ils n'ont rien trouvé ». L'office a dès lors mis un terme aux démarches de réinsertion professionnelle.

Dans son rapport final du 17 novembre 2011, l'OAI a relevé que, malgré un pronostic réservé, il avait soutenu l'assuré par le biais de deux mesures tendant à le motiver dans un processus de réadaptation. Ces mesures s'étaient toutefois soldées par un échec en raison des plaintes de l'assuré concernant son atteinte à la santé. Sans nouveaux éléments sur le plan médical, les conclusions du SMR du 27 mai 2011 retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée restaient valables et il convenait de procéder au calcul du préjudice économique par le biais d'une approche théorique.

Le 13 décembre 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations de l'AI. En substance, l'office a retenu que l'intéressé présentait une totale incapacité de travail

dans son activité habituelle, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, ne nécessitant ni mouvements répétés de flexion-extension du rachis, ni porte-à-faux, ni station assise dépassant 60 minutes, ni station debout de plus de 30 minutes, ni port de charges excédant 10 kilos. L'OAI a arrêté le salaire sans invalidité à 59'224 fr. 90 et le revenu d'invalidité à 52'595 fr. 22, compte tenu d'un taux d'abattement de 15% accordé en raison des limitations fonctionnelles affectant l'assuré. La comparaison de ces revenus mettait en évidence un degré d'invalidité de 11%, inférieur aux seuils de 20% et 40% ouvrant respectivement le droit aux mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

Le 6 février 2012, l'assuré a formulé ses objections par l'entremise de CAP Protection juridique. Il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a fait grief à l'OAI de ne pas avoir défini quelles activités respectaient les limitations fonctionnelles reconnues. Compte tenu de son âge, de son absence de qualification professionnelle et de ses limitations fonctionnelles, il doutait qu'un employeur consentisse à l'engager, relevant qu'il était de surcroît notoirement difficile de trouver un poste de travail simple, sans port de charge et sans effort, permettant une alternance des positions.

Interpellée par l'OAI, la Dresse F._____, psychiatre traitant, s'est prononcée dans un rapport du 25 octobre 2012. Précisant suivre l'assuré depuis le 15 juin 2012, elle a posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) depuis au moins cinq ans, d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique (F32.2) depuis environ un an et de diverses affections orthopédiques et rhumatologiques, pour lesquelles elle renvoyait au rapport du SMR de mars 2011. Au niveau de l'anamnèse, la psychiatre a souligné les éléments suivants : « La thymie est triste, l'affect est adéquat. L'estime de lui est très basse, il dit se sentir inutile et pense qu'il n'a plus de raison de vivre. Il se sent coupable envers sa famille. Il se sent souvent fatigué et épuisé, et est souvent irritable envers son épouse, et ses enfants, ce qui augmente son sentiment de culpabilité vu qu'il n'a aucune activité et reste souvent couché. Il n'a plus envie de faire les

choses habituellement agréables. Il n'a pas d'envie et ne fait plus rien qui lui faisait plaisir avant, comme le bricolage autour de la maison ». Aux questions relatives à l'activité exercée à ce jour et aux mesures de réadaptation professionnelle, la psychiatre a renvoyé au rapport du SMR. Elle a en outre posé les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles ressenties par le sujet, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation. Elle a également relevé une capacité diminuée de concentration, de compréhension, d'organisation/planification et d'adaptation au changement. Selon la F._____, l'assuré était en totale incapacité de travail « au moins depuis 2010 » dans son activité d'ouvrier sur chantier ; aucune activité à plein temps n'était plus possible et il était difficile à déterminer si une activité à temps partiel le serait, compte tenu de la cristallisation de la symptomatologie, qui rendait le pronostic restreint. A la question portant sur l'évolution de la situation depuis mars 2011, la psychiatre a répondu ce qui suit :

« La symptomatologie dépressive a péjorée, il est triste, aboulique et anhédonique, se replie sur lui-même et n'a quasi plus de contact avec son entourage familial. Il se sent coupable de ne plus pouvoir subvenir aux besoins existentiels du couple et devoir être à charge de ses enfants, qui, comme il dit amèrement, lui donnent ici et là 20 CHF. M. X._____ a souvent des idées suicidaires.

Au vu de la chronicité, la symptomatologie dépressive est cristallisée.

Cet homme de [...] ans pour lequel le travail représente la seule valeur possible qu'un homme peut avoir, a perdu toute estime de lui et a une attitude morose envers son avenir.

Suite à la désinsertion sociale, il a perdu son appartement et vit avec son épouse chez deux de ses enfants et leur famille. Un fils et une fille se partagent cette tâche et chacun d'eux héberge les parents dans une pièce de l'appartement. Il s'entend de moins en moins bien avec son épouse et supporte mal le bruit que font ses petits-enfants. Pour cette raison il s'isole complètement, afin d'éviter tout conflit.

Inquiète pour son père, sa fille chez laquelle il vit une semaine sur deux, le convainc de venir me consulter.

A noter que l'observation du collègue psychiatre du SMR en mars 2011 qui signalait chez Monsieur X._____ au maximum une

« dysthymie sans cristallisation des symptômes » a été faite après une amélioration de l'état psychique de M. X._____ après un séjour aux I._____ ou il avait bénéficié d'un traitement antidépresseur. Il n'avait jamais reçu de tel traitement auparavant et pour des raisons inconnues, ce traitement n'avait pas été poursuivi par son médecin traitant.

Plusieurs médecins qui ont évalué M. X._____ depuis 2007 décrivent un état dépressif. Bien que M. X._____ a présenté à quelques reprises une manière « démonstrative » de décrire sa souffrance, je ne pense pas que cela mette en doute cette souffrance (physique et psychique). En même temps il faut reconnaître que M. X._____ a présenté une conscience de sa souffrance psychique très diminuée, ce qui a probablement démotivé son médecin traitant de l'adresser à un spécialiste psychiatre. Le travail actuel consiste, à l'aide de la traductrice d'Appartenance, d'améliorer la conscience morbide de M. X._____ au niveau de la symptomatologie dépressive et d'améliorer sa compréhension par rapport au lien entre l'état psychique et l'état douloureux chronique. »

Dans un avis médical sur audition SMR du 22 novembre 2012, les Drs N._____ et W._____ ont proposé un examen psychiatrique complémentaire auprès du SMR ou une expertise externe, en se fondant sur les observations suivantes :

« Au titre de rappel, la dysthymie (F34.1) est caractérisée par la présence d'une période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente. Les périodes intermédiaires d'humeur normale durent rarement plus de quelques semaines et il n'y a pas d'épisodes hypomaniaques. Aucun ou presque aucun des épisodes isolés de dépression survenant au cours d'une telle période de deux années ne sont d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger.

Le rapport de la Dresse F._____ appelle les commentaires suivants :

- La prise en charge date de juin 2012. L'examen psychiatrique au SMR date du 9.3.2011 ; son contenu n'est pas contesté par la Dresse F._____. Dès lors, il y a lieu de penser qu'une éventuelle aggravation est forcément postérieure à l'examen au SMR. Or la Dresse F._____ ne se prononce pas sur la date de survenance de l'aggravation alléguée.

- Dès lors qu'un épisode dépressif moyen à sévère est diagnostiqué, la dysthymie ne peut plus être retenue, si l'on s'en tient à la définition de la CIM-10.

- La Dresse F._____ ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail dans une activité adaptée (question 1.7). Au lieu de cela, elle nous renvoie au rapport SMR qui retenait une exigibilité entière.

- A la question 1.8 « Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, resp. à une amélioration de la capacité de

travail ? », la Dresse F._____ répond par la négative. En même temps, elle nous renvoie au rapport SMR déjà cité. Ces deux dernières réponses n'ajoutent pas à la clarté du propos.

En conclusion, l'aggravation alléguée par la Dresse F._____ est possible, mais pas avérée. Le cas échéant, elle serait de toutes façons postérieure à l'examen clinique au SMR. »

Pour les besoins de l'expertise, l'assuré a été examiné le 16 mai 2013 par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce cadre, il s'est également soumis à des tests psychométriques, effectués par B._____, psychologue FSP. Dans leur rapport du 13 juin 2013, les experts n'ont soulevé aucune affection se répercutant sur la capacité de travail. Ils ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et d'un probable trouble somatoforme douloureux (trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, puisqu'il persiste depuis plus de 2 ans), sans répercussion sur la capacité de travail. Au niveau du fonctionnement psychosocial de l'assuré, les experts ont précisé que l'intéressé prenait ses repas en famille et restait entouré de ses proches (p. 11). Ils ont en outre relevé les points suivants :

« (...)

3.2. EXAMEN CLINIQUE DU 16.05.2013 (en présence d'une interprète indépendante)

M. X._____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité.

Il s'agit d'un homme de taille moyenne, présentant une importante surcharge pondérale de type androïde, habillé simplement mais à l'aspect hygiénico-vestimentaire conservé. Il porte sur lui un bonnet de laine. Il se déplace à l'aide de 2 cannes anglaises, avec une boiterie qui paraît contrefaite, puisque dans les faits, il pose ses deux pieds à plat, et semble n'être en décharge d'aucune des deux jambes. La mimique est assez figée, qui néanmoins est congruente au contenu du discours, il peut avoir le sourire ou plaisanter à d'autres moments. Lorsqu'il évoque ses problèmes conjugaux il parle de manière assez précipitée, et une ou deux fois il a les larmes aux yeux.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. L'expertise se déroule en présence de Mme U._____, interprète indépendante. L'intelligence paraît normale. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Jugement et raisonnement sont conservés.

Actuellement on retient une légère émotivité sans qu'on puisse parler d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. L'assuré déclare dormir très bien, même trop. Il se couche à 22 h, se lève des fois à 9 h, fait encore une sieste entre 13 et 14 h. L'appétit paraît conservé. M. X. _____ se sent parfois un peu irritable, tendu, car son épouse crie tout le temps, et il se trouve à l'étroit dans l'appartement qu'ils partagent avec son fils, sa fille aînée et leurs enfants.

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. M. X. _____ ne souffre pas de phobie simple, de claustrophobie, 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.

M. X. _____ déclare ne plus consommer d'alcool depuis qu'on lui prescrit des médicaments « pour la tête ». Le tabagisme se situe à 1 paquet par jour. Il n'y a pas de prise de substances illicites annoncées.

M. X. _____ 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 M. X. _____ annonce essentiellement des lombalgies basses irradiant parfois dans la jambe G [gauche]. Il évoque parfois des maux de tête. A part cela il n'a aucun problème et il pourrait travailler.

3.3. PERSONNALITÉ

M. X. _____ ne souffre pas d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

4. DIAGNOSTICS

4.1.0 DIAGNOSTICS SELON LE DSM-IV-TR

Axe I Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère.

Probable trouble somatoforme douloureux (trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, puisqu'il persiste depuis plus de 2 ans).

Axe II Nihil.

Axe III* cf. spécialiste concerné

Axe IV Difficultés socio-économiques, professionnelles ; autres?

*L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE RÉPERCUSSION SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

Nihil.

4.1.2. DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

- Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère.
- Probable trouble somatoforme douloureux (trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, puisqu'il persiste depuis plus de 2 ans).

5. DISCUSSION

M. X. _____ est né dans un petit village de [...] le [...]. Il a eu une enfance normale, sans notion de carence affective ou de maltraitance. Jusqu'aux faits qui nous occupent, l'assuré a toujours bien fonctionné aux niveaux personnel et professionnel, mais signalons que d'emblée, en raison d'un mariage arrangé, il présente un conflit de couple chronique depuis plus de 10 ans. Il n'y a pas d'élément suggérant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou psychosomatiques pouvant valoir pour un terrain de vulnérabilité constitutionnelle.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise, qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par M. X. _____, leur incidence sur sa capacité de travail et l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le long entretien que nous avons eu avec M. X. _____ et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue **psychopathologique**, lorsque nous l'examinons, l'assuré présente une symptomatologie anxio-dépressive relativement modeste, caractérisée surtout par une certaine irritabilité, des soucis quant à son avenir, une certaine fatigabilité. Il traîne volontiers à la maison, sort parfois dans les environs.

L'assuré décrit une évolution favorable grâce au traitement médical qui lui a été prescrit (Cymbalta). Il ne comprend pas le sens de ses entretiens auprès de la Dresse F. _____, à la demande du Dr V. _____.

Pour notre part, la symptomatologie dépressive paraît relativement légère, chez un sujet qui semble identifié à son statut de malade, qui offre pour le surplus de nombreuses solutions à des problèmes de la réalité. Il semble relativement démonstratif notamment en raison de ses problèmes somatiques. Il ne pleure pas durant l'entretien, et la mimique est congruente au contenu du discours. On peut évoquer dans ce cas un **trouble somatoforme douloureux**.

Il n'est pas impossible que l'assuré en 2012 - en raison de la décision de refus de l'assurance invalidité — ait présenté une réaction émotionnelle sous forme d'un **trouble de l'adaptation, actuellement de gravité tout au plus légère**.

CAPACITÉ DE TRAVAIL

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster pour confirmer le caractère

insurmontable, autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant, est l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Ces critères s'appliquent aux points suivants :

- structure de personnalité
- éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides
- évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé »)
- présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive
- profits tirés de la maladie
- échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet).

Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic.

L'assuré est bien entouré socialement. Il connaît certaines difficultés économiques mais il est soutenu par sa famille. Le conflit de couple existe probablement depuis plus de 10 ans, renforcé par les soucis financiers et la promiscuité. Il n'y a pas de comorbidité psychique cliniquement incapacitante.

Rappelons que selon la doctrine médicale, les symptômes dépressifs qui accompagnent des douleurs chroniques constituent des manifestations réactives d'accompagnement de ces douleurs, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux.

Proposition de traitement

M. X._____ bénéficie d'une prise en charge idoine, qui doit être poursuivie. La réaction anxio-dépressive survenue en été 2012 a évolué favorablement.

Il s'agit surtout d'éviter la multiplication des investigations médicales — tant exploratoires que chirurgicales — face à toute nouvelle plainte, car le risque d'iatrogénèse ou de chronicisation est important. Cela d'autre part risque de fixer définitivement l'assuré dans son identité de malade.

En tant que tel, nous ne pouvons que rejoindre les conclusions de l'expertise du SMR du Dr T._____, rhumatologue FMH et le Dr K._____, psychiatre FMH, et conclure à une capacité de travail médico-théorique du point de vue psychiatrique, entière dans une activité adaptée.

Actuellement, les bénéfices secondaires - âge, problèmes de santé physique, absence de qualifications, limitations linguistiques - jouent un rôle prépondérant dans la revendication implicite d'un statut de malade.

6. REPONSE AUX QUESTIONS

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Douleurs diverses sur lesquelles l'assuré est très focalisé, et qui font penser à un trouble somatoforme douloureux. Sinon cf. spécialiste concerné. Au plan psychique et mental une certaine irritabilité, parfois léger manque de motivation, mais il n'y a pas d'anhédonie, aboulie ou apragmatisme.

Au plan social

Pas de problème particulier.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

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

Il n'y a pas d'incapacité de travail médicalement justifiée d'un point de vue psychiatrique. Tout au plus pourrions-nous relever un trouble de l'adaptation, survenu des suites de la décision de l'AI de rejeter sa demande de prestations invalidité en juin 2012.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail 100%.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Toute activité adaptée à ses limitations somatiques, ses capacités et ses compétences professionnelles.

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

Non.

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

Jamais d'un point de vue psychiatrique sur la durée.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Favorablement depuis 2012.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Oui, s'il en a la motivation, ce qui reste à démontrer.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Eventuellement une aide au placement, mais au vu des échecs rencontrés, il est peu probable qu'une telle démarche soit couronnée de succès. L'importance des bénéfices secondaires semble l'emporter sur la motivation à retrouver un emploi adapté.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1. Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Poursuite de la prise en charge actuelle. Il faut éviter la multiplication des investigations médicales et chirurgicales, car le risque de iatrogénèse et de fixer l'assuré dans son identité de malade est important. »

Dans un avis médical du 26 juin 2013, le Dr N._____ du SMR a pris acte des conclusions des experts, à savoir l'absence de maladie psychiatrique invalidante, et a maintenu sa position.

Le 27 août 2013, l'OAI a transmis les dernières pièces du dossier au représentant de l'assuré, pour remarques éventuelles. Par courrier du 9 octobre 2013, l'assuré a transmis un courriel du 26 septembre 2013 de la Dresse F._____, qui maintenait le double diagnostic posé le 25 octobre 2012 et s'opposait au diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive légère posé par le Dr Z._____, en soulevant les arguments suivants :

« Le confrère précise que ce diagnostic se baserait sur le fait que X._____ aurait fait une réaction émotionnelle suite au refus de l'AI il y a plus d'un an (page 17 du rapport). La conclusion du confrère Z._____ est étonnante, vu que ce diagnostic ne peut être posé que si la durée de la symptomatologie ne dépasse pas plus que 6 mois (CIM 10). En même temps le confrère Z._____ met en évidence dans son rapport (p.3 paragraphe 4, p.4 paragraphe 1 et 2, p.5 paragraphe 2 et 3, p. paragraphe 1) que depuis 2009 différents médecins et professionnels de la réinsertion (Dr V._____, médecin de famille, Dr S._____, Dr C._____ médecins du centre de rééducation à I._____, Dr P._____ médecin conseil M._____, M.J._____ et Mme L._____ du service de réadaptation de l'AI) ont constaté des symptômes clinique de la lignée dépressive chez X._____.

On retrouve donc depuis au moins 2009 des témoignages de différents médecins qui observe des symptômes de la lignée dépressive. Le Dr Z._____ se contredit donc, en mettant en doute un trouble dépressif récurrent.

C'est vrai que X._____ a eu (et l'a toujours) beaucoup de peine à accepter le contexte psychologique de sa souffrance, et c'est sur ce que nous travaillons principalement actuellement. Le fait qu'il

somatise, qu'il exprime sa souffrance par le biais physique ne diminue pas sa souffrance psychique. Je pense qu'aujourd'hui avec ce que nous savons des contextes culturels, nous ne pouvons plus nous permettre de juger un tel comportement « démonstratif » (p. 17)

De prétendre que (p.18 dernier paragraphe) l'âge, les problèmes de santé physique, l'absence de qualifications et les limitations linguistiques jouent un rôle prépondérant dans la revendication implicite d'un statut de malade me paraît simplement indécent et surtout, ne contredit pas le diagnostic d'un trouble dépressif sévère - conclusion étonnante, car, on sait que le contexte de vie peut rendre une personne malade, ceci sur la base de sa personnalité.

X._____ a depuis toujours basé toute son estime de soi sur sa capacité de travailler et d'avoir pu se construire en Suisse en commençant tout petit comme saisonnier. Il a 4 enfants qui ont fait des formations et qui travaillent. Le fait que aujourd'hui il dépende d'eux (il n'a droit à aucun soutien social) qu'il ne peut pas subvenir à ses besoins et ceux de son épouse consiste en grande partie à l'origine de son trouble psychiatrique.

La remarque du confrère Z._____ (p. 19 B Influences...) que X._____ n'a pas de problème particulier au plan social couronne finalement cette expertise. X._____ et son épouse n'ont plus d'appartement et vivent une semaine sur deux dans une pièce de leur fils à [...] et leur fille au [...]. Cette situation engendre de grands problèmes relationnels vu qu'ils ne peuvent pas contribuer aux coûts de la vie. Ils vivent tous les deux repliés sur eux-mêmes, sans contacts sociaux.

Je maintiens donc ma position en insistant à une tentative de réinsertion par l'AI, aujourd'hui où il est traité par antidépresseur (le confrère Z._____ a par ailleurs fait une erreur par rapport au dosage, X._____ prend du Cymbalta, 30 mg et 60 mg en alternance un jour sur deux), et de lui octroyer une rente si cette réinsertion devait s'avérer impossible. »

Se déterminant dans un avis SMR du 22 octobre 2013, le Dr N._____ a maintenu sa position. Il a observé que le Dr Z._____ avait fait état d'une symptomatologie anxio-dépressive relativement modeste et que l'assuré avait lui-même décrit une évolution favorable grâce au traitement antidépresseur, ne comprenant d'ailleurs pas la nécessité des consultations chez la Dresse F._____. Le médecin du SMR a au surplus relevé que l'expert n'avait pas exclu que l'assuré ait pu être plus sévèrement atteint dans le passé et avait formulé l'hypothèse d'un trouble de l'adaptation de gravité tout au plus légère, causé par la décision de refus de l'AI. Le Dr N._____ estimait que le rapport d'expertise remplissait tous les critères requis en matière de valeur probante et prévalait sur l'avis du psychiatre traitant, généralement enclin à plus d'empathie du fait de la relation thérapeutique.

Le 28 octobre 2013, l'OAI a rendu une décision formelle, dont le contenu et la motivation correspondaient à ceux du préavis du 13 décembre 2011. Dans un courrier du même jour au représentant de l'assuré, auquel il a joint l'avis SMR du 22 octobre 2013, l'office a spécifié qu'étaient notamment adaptées aux limitations fonctionnelles les activités d'agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, d'ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous plis, emballage) et d'ouvrier de production dans l'industrie de précision (alimentation de machines pré-réglées, assemblage de composants électroniques/informatiques). Il a de surcroît fait valoir que l'assuré, âgé de 55 ans, était trop éloigné de l'âge de l'AVS pour être mis au bénéfice de la jurisprudence concernant les personnes proches de la retraite.

B. Agissant désormais seul, X._____ a recouru le 27 novembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente ou de mesures de réinsertion. A titre subsidiaire, il demande que l'intimé lui certifie par écrit qu'il peut s'inscrire au chômage. A l'appui de sa contestation, il conteste le rapport des experts Z._____ et B._____, au motif que celui-ci contredit l'avis de sa psychiatre traitant, la Dresse F._____.

Par une écriture complémentaire du 2 février 2014, le recourant a transmis deux certificats émanant de ses médecins traitants. Dans son rapport du 16 décembre 2013, la Dresse F._____ atteste du fait que l'intéressé présente « une incapacité de travail de 70% au minimum pour des raisons physiques dans sa profession en tant que maçon et pour des raisons psychiatriques dans toute autre profession ». La psychiatre estime au surplus que l'expertise de Dr Z._____ contient d'importantes lacunes et donne une représentation erronée de l'état de santé psychique de son patient, en ignorant la symptomatologie dépressive sévère affectant celui-ci. Elle relève en particulier qu'on ne saurait reprocher au recourant d'avoir une personnalité ayant empêché une adaptation aux événements très compliqués de sa vie ni d'avoir nié la

composante psychologique de sa souffrance. Elle reproche enfin à son confrère expert d'avoir occulté le fait que l'évolution de la symptomatologie allait en s'aggravant « depuis au moins le début de l'incapacité de travail, c'est-à-dire depuis bientôt 4 ans ». Dans un rapport du 20 décembre 2013, le Dr V._____ indique quant à lui que son patient s'installe dans un état dépressif chronique et propose que des mesures de réadaptation soient mises sur pied par l'intimé, au motif qu'il est extrêmement difficile pour un ancien travailleur de force de trouver une activité adéquate, ce d'autant plus que les activités à l'intérieur ne lui conviennent pas.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 10 février 2014. Il souligne que les rapports médicaux fournis en procédure par le recourant n'apportent pas d'éléments nouveaux, le simple fait que le médecin traitant soit d'un avis divergent de l'expert n'étant pas suffisant pour remettre en cause l'analyse de ce dernier.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétents (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain lui ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

c) S'agissant des conclusions formulées par le recourant concernant son droit aux prestations de l'assurance-chômage, force est de constater qu'elles sortent de l'objet du litige et sont donc irrecevables. Tout au plus peut-on préciser qu'aux termes de l'art. 15 al. 1 et 2 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), un handicapé physique ou mental est réputé apte à être placé lorsqu'un travail convenable pourrait lui être procuré dans le cas d'un marché équilibré du travail, ce pour

autant qu'il soit disposé à accepter un tel travail et à participer à des mesures d'intégration.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

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

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain de 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. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 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 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

c) Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 avec les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle générale, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1, TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références). En particulier, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Plus particulièrement, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité ; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 et les références).

En définitive, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de cet ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

5. a) En l'occurrence, sur le plan somatique, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport SMR bidisciplinaire du 18 mai 2011. A l'issue de l'examen rhumatologique, le Dr T._____ a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches, non-déficitaires, dans un contexte de hernie discale paramédiane gauche L4-S1, associées à des troubles dégénératifs postérieurs étagés avec composante de canal lombaire étroit en L4-L5. Le rhumatologue reconnaissait à ces affections une répercussion sur la capacité de travail. Il estimait par contre sans effet sur la capacité de travail les épisodes itératifs de goutte du genou gauche, sans érosion, la gonarthrose interne débutante ainsi que le status post-ponction d'un kyste poplipé gauche. L'examen neurologique avait exclu toute atteinte radiculaire L5 ou S1 gauche. Le nouvel examen radiologique auquel il avait fait procéder le 22 mars 2011 n'avait pas montré d'évolution de la gonarthrose débutante du compartiment gauche ; il n'avait de surcroît mis en évidence ni ostéonécrose ni érosion goutteuse. Le Dr T._____ a attesté les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de position statique assise plus de 60 minutes ni debout de plus 30 minutes, et pas de port de charge de plus de 10 kilos. Tout comme les Drs S._____ et P._____ (cf. rapports des 22 octobre 2009 et 5 février 2010), le Dr T._____ a remarqué un comportement algique démonstratif ainsi qu'une discordance entre les éléments cliniques objectivés à l'examen segmentaire de la région lombaire et les difficultés annoncées par l'assuré ainsi que celles présentées lors de la gestuelle spontanée de

celui-ci. Procédant à l'examen de rapports d'imagerie effectués en 2007 et 2009, le Dr T. _____ a constaté que l'assuré présentait déjà des troubles dégénératifs importants du rachis lombaire en 2007, que ceux-ci s'étaient progressivement aggravés jusqu'à nécessiter une hospitalisation à la fin 2009, et qu'ils justifiaient une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de manœuvre depuis le 14 août 2009. Par contre, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, le Dr T. _____ a estimé que l'exigibilité était complète, et ce depuis début janvier 2010, date correspondant à la fin du séjour hospitalier de l'assuré aux I. _____.

b) Le rapport médical du 18 mai 2011 du SMR a été rédigé après une étude circonstanciée des points litigieux, en pleine connaissance du dossier, sur la base d'un examen clinique complet et approfondi effectué en présence d'un traducteur, comprenant notamment une nouvelle investigation radiologique. Les médecins du SMR ont pris en considération les plaintes du recourant ; leur description et leur appréciation de la situation médicale sont claires, leurs conclusions dûment motivées. Cela étant, le rapport médical du SMR du 18 mai 2011 satisfait aux conditions jurisprudentielles posées en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra).

A cela s'ajoute le fait que la majorité des autres médecins s'étant prononcé sur l'aspect somatique abondent dans le sens des médecins du SMR. Ainsi, dans ses rapports du 5 février 2010, le Dr P. _____ a également retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant des limitations fonctionnelles dans l'ensemble semblables, notamment au niveau du port de charge et des positions en porte-à-faux. C'est sur la base de cette appréciation médicale que M. _____ a mis fin aux prestations d'assurance perte de gain maladie par décision du 24 février 2010. Dans leur rapport de sortie du 24 décembre 2009, à l'issue du séjour du recourant aux I. _____ du 23 novembre au 11 décembre 2009, les Drs S. _____ et C. _____ ont constaté des progrès considérables en physiothérapie et une diminution des douleurs. Ils ont également conclu à une reprise du travail à 100%. On notera que

les médecins des I._____ ont considéré que la reprise était même possible dans l'activité habituelle de l'assuré, ce que le SMR n'a pas retenu, reconnaissant à l'assuré une totale incapacité dans ce cadre-là.

De son côté, le recourant n'a soulevé aucun grief à l'encontre de cet aspect de la décision attaquée. Les rapports médicaux qu'il a fournis en cours de procédure ne contredisent pas non plus l'appréciation faite par l'intimé sur le plan somatique. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations de l'OAI au niveau somatique, qui reposent sur des rapports médicaux probants. Il sied ainsi de retenir que le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues.

6. Au niveau psychiatrique, l'intimé a fondé sa décision sur l'expertise du Dr Z._____ et de B._____, dont le rapport du 18 juin 2013 constate l'absence d'affection portant atteinte à la capacité de travail. Pour sa part, le recourant conteste les conclusions de cette expertise, au motif qu'elles contredisent l'avis de sa psychiatre traitant.

a) Dans leur rapport de sortie du 24 décembre 2009, les Drs S._____ et C._____ ont notamment posé le diagnostic de troubles anxio-dépressifs, dont le traitement se poursuivait, soulignant que le patient s'était montré progressivement moins triste, à mesure qu'il avait accompli des progrès sur le plan de sa mobilité. Les praticiens ont estimé que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail, tant sur le plan physique que psychique. Dans son rapport du 5 février 2010, face aux plaintes très démonstratives du recourant malgré un examen clinique pratiquement dans les normes, le Dr P._____ a émis l'hypothèse d'une surcharge psychogène, qui ne portait toutefois pas atteinte à la capacité de travail de l'intéressé. Le 22 mars 2010, le Dr V._____, médecin traitant, faisait quant à lui état d'un état dépressif léger, sans répercussion sur la capacité de travail de son patient. Les Drs S._____, C._____ et P._____ ont en outre mis en évidence un comportement algique démonstratif. Dès lors, face à la discordance entre les plaintes importantes

de l'assuré et son status clinique quasi normal, l'OAI mis en œuvre un examen clinique bidisciplinaire (rhumato-psychiatrique) auprès du SMR.

b) Le 18 mai 2011, se prononçant sur le volet psychiatrique de l'examen bidisciplinaire, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie au SMR, a diagnostiqué une dysthymie (CIM-10 F34.1), sans répercussion sur la capacité de travail : l'assuré montrait une labilité émotionnelle et une focalisation sur sa situation socioprofessionnelle ; il était resté assis sans montrer de signes évocateurs d'une symptomatologie douloureuse durant les 75 minutes de l'examen psychiatrique. Le psychiatre a relevé que l'assuré se disait stressé par ses douleurs somatiques, qu'il ruminait sa situation d'homme incapable de travailler, mais qu'il restait capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Il a précisé que la dysthymie ne constituait pas une comorbidité psychiatrique manifeste. L'évolution somatique dont se plaignait l'assuré présentait une évolution fluctuante et avait connu une récente amélioration, grâce à une nouvelle médication. L'assuré n'avait pas subi de perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, dès lors qu'il vivait avec son épouse, bénéficiait de l'aide de ses enfants, recevait des visites et sortait de chez lui. Aucun état psychique cristallisé n'avait été trouvé et, enfin, on ne pouvait parler d'échec d'un traitement conduit dans les règles de l'art, dès lors que l'assuré était incapable de préciser quels médicaments il prenait.

Se ralliant à l'avis de son service médical, l'OAI a rendu un projet de décision le 13 décembre 2011, retenant l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante. Toutefois, à réception du rapport du 25 octobre 2012 de la Dresse F._____, qui avait posé le double diagnostic de dysthymie depuis au moins cinq ans, et d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique depuis environ un an, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique externe, afin de déterminer si l'état de santé psychique du recourant avait subi une aggravation depuis l'examen clinique du SMR, en mars 2011. A noter que la psychiatre traitant faisait notamment état d'apragmatisme, d'aboulie, d'anhédonie et de fréquentes idées suicidaires. Elle soulignait également que son patient se repliait sur lui-même et n'avait quasi plus de contact avec son entourage, qu'il avait

vu sa capacité de concentration, de compréhension, d'organisation et d'adaptation au changement diminuer.

c) Intervenant en qualité d'experts, le Dr Z._____ et B._____ ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère, ainsi qu'un probable trouble somatoforme douloureux (associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, puisque persistant depuis deux ans). Dans leur rapport du 18 juin 2013, ils ont en particulier relevé que la symptomatologie anxio-dépressive, potentiellement attribuable au refus de prestations signifié par l'OAI en 2012, était caractérisée par une certaine irritabilité, des soucis quant à l'avenir et une certaine fatigabilité. L'affection avait toutefois évolué favorablement et relevait tout au plus d'une gravité légère, qui ne portait pas atteinte à la capacité de travail. Lors de l'examen clinique, le recourant avait confirmé une évolution favorable grâce au traitement médical prescrit (Cymbalta), ne comprenant dès lors pas le sens de ses entretiens auprès de la Dresse F._____. Il avait également déclaré ne plus consommer d'alcool depuis qu'on lui prescrivait des « médicaments pour la tête ». Quant au probable trouble somatoforme douloureux, les experts lui ont également réfuté toute incidence sur la capacité de travail, au motif qu'il ne satisfaisait pas aux conditions permettant de renverser la présomption du caractère surmontable des douleurs. Procédant à l'examen de ces conditions, les experts ont retenu que l'assuré connaissait certaines difficultés économiques, mais qu'il était bien entouré socialement et était soutenu par sa famille. Vivant chez ses enfants avec son épouse, il prenait notamment ses repas en famille ; il lui arrivait également de sortir dans les environs. Le Dr Z._____ et B._____ ont souligné qu'un conflit de couple existait probablement depuis plus de dix ans, et se trouvait renforcé par les soucis financiers et la promiscuité, l'assuré se sentant à l'étroit dans le logement de ses enfants. En définitive, se ralliant à l'avis des médecins SMR, les experts n'ont retenu aucune comorbidité psychique cliniquement incapacitante, précisant que selon la doctrine, les symptômes dépressifs qui accompagnent les douleurs chroniques constituent des manifestations réactives d'accompagnement de ces

douleurs, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme comorbidité psychiatrique autonome d'un trouble somatoforme douloureux.

Contrairement à la Dresse F._____, les experts n'ont en particulier constaté aucun trouble patent de la concentration. Ils ont reconnu à l'intéressé une capacité de jugement et de raisonnement conservée. De même, à l'opposé de leur consoeur, bien que relevant une légère émotivité, ils ont exclu la présence d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme.

d) Le rapport d'expertise du 18 juin 2013 procède d'une bonne connaissance du dossier médical ; l'anamnèse y est particulièrement développée et laisse une large place aux rapports médicaux figurant au dossier. Se fondant sur des examens complets, l'expertise est détaillée. Elle contient des conclusions dûment motivées, fondées sur un système de classification reconnu, soit la classification DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ouvrage de référence publiée par la Société américaine de psychiatrie [APA]). Les experts ont procédé à une étude circonstanciée des points litigieux et ont pris en considération les plaintes du recourant. Comme développé ci-dessus (cf. consid. 5b supra), tel est également le cas du rapport d'examen SMR du 18 mai 2011 qui, pour ce qui concerne plus spécifiquement le volet psychiatrique de l'évaluation, s'est fondé sur un système de classification reconnu (CIM-10 [Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10^e révision]). En outre, à l'instar des experts, il s'est prononcé de manière circonstanciée sur les points litigieux, et notamment sur les critères posés par le Tribunal fédéral en cas de troubles somatoformes douloureux. De son côté, le recourant n'établit pas en quoi spécifiquement l'avis des experts ou celui des médecins du SMR ne serait pas pertinent, se limitant à soulever qu'ils contredisent l'avis de sa psychiatre traitant. Il ne démontre pas l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts et qui seraient de nature à remettre en question leurs conclusions. En particulier, c'est à tort que la Dresse F._____ affirme que le rapport d'expertise est

lacunaire au motif qu'il ignore la symptomatologie sévère affectant son patient ; le simple fait que les experts aient posé un diagnostic différent du sien ne suffit pas à rendre leur analyse lacunaire. En outre, contrairement à ce que soutient la Dresse F._____, elle ne démontre pas que le rapport d'expertise comporte des contradictions intrinsèques. On ne voit en effet pas en quoi le fait que les experts relèvent que plusieurs médecins ont évoqué des troubles d'ordre psychique depuis décembre 2009 entrerait en contradiction avec les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère et probable trouble somatoforme douloureux qu'ils ont posés dans leur rapport d'expertise du 18 juin 2013. Les constatations des experts Z._____ et B._____, de même que celles du Dr K._____, superposables dans leurs conclusions quant à la capacité de travail au niveau psychiatrique, doivent dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 4b. supra). Tant les experts que les médecins du SMR ont satisfait aux exigences de leur mission d'expertise au niveau psychiatrique, qui consistait principalement à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si l'assuré disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état.

e) Le recourant oppose au rapport d'expertise du 18 juin 2013 l'avis de la Dresse F._____. La position de la psychiatre traitant se distancie de celles de ses confrères par le niveau de gravité des affections psychiatriques qu'elle avance. Dans son rapport médical du 25 octobre 2012, la praticienne a retenu un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère, sans symptôme psychotique, depuis environ un an, plaidant pour une aggravation de l'état de santé de son patient depuis l'examen clinique effectué par le SMR en mars 2011. En parallèle, elle a confirmé le diagnostic de dysthymie, apparue selon elle il y a cinq ans au moins. Dans l'avis SMR du 22 novembre 2012, les Drs N._____ et W._____ se sont toutefois étonnés de ce double diagnostic ; ils estiment qu'à teneur de la classification CIM-10, une dysthymie prévaut aussi longtemps qu'aucun, ou presque aucun, des épisodes isolés de dépression survenant dans une période de deux ans ne se sont d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger. Dès lors,

aussitôt qu'un épisode dépressif moyen à sévère est diagnostiqué, la dysthymie ne peut plus être retenue.

En tout état de cause, la Dresse F. _____ est seule à plaider en faveur d'une atteinte psychiatrique de gravité moyenne à sévère. Ses confrères psychiatres ont pour leur part diagnostiqué des troubles de gravité légère. De leur côté, bien que n'étant pas spécialistes, les Drs P. _____, V. _____, S. _____ et C. _____ ont adopté une position analogue : le Dr P. _____ a évoqué une surcharge psychogène (cf. rapports du 5 février 2010), les Drs S. _____ et C. _____, des troubles anxio-dépressifs en amélioration (cf. rapport du 24 décembre 2009), et enfin le Dr V. _____, un état dépressif léger (cf. rapport du 22 mars 2010). Indépendamment du diagnostic, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité (ATF 132 V 65 consid. 3.4). En l'espèce, les médecins du SMR, les experts, et plus marginalement, les Drs P. _____, V. _____, S. _____ et C. _____ abondent dans le sens d'une affection de gravité légère, qui ne porte pas atteinte à la capacité de travail du recourant. Seule la Dresse F. _____ estime que l'atteinte d'ordre psychiatrique revêt un caractère incapacitant.

Afin d'asseoir sa position, la Dresse F. _____ soutient également que le diagnostic du Dr K. _____ a été influencé par le fait que son examen clinique est intervenu à un moment où prévalait une amélioration de l'état du recourant, grâce au traitement antidépresseur dont il a bénéficié durant son hospitalisation aux I. _____, traitement qui n'a par la suite pas été poursuivi par son médecin traitant. On ne peut toutefois la suivre sur ce point. D'une part, en effet, l'examen clinique au SMR est intervenu en mars 2011, soit environ 15 mois après la fin de l'hospitalisation de l'assuré, qui a quitté l'établissement le 11 décembre 2009. L'examen du SMR a donc eu lieu à bonne distance du séjour hospitalier. D'autre part, même par hypothèse, une amélioration de l'état

de santé ne saurait valablement être ignorée au motif qu'elle a été générée par la mise en place d'une médication efficace. De même, le fait qu'une telle amélioration n'ait été que temporaire au motif que, sans raison apparente, le traitement a été interrompu, ne saurait plaider pour une aggravation à prendre en considération.

Dans un courriel du 27 août 2013, la Dresse F._____ conteste au surplus le bien-fondé du diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère posé par les experts. Ce diagnostic n'est selon elle pas compatible avec la classification du CIM-10, dès lors qu'il prévaut depuis plus de 6 mois. Elle ne motive toutefois pas en quoi la durée de l'affection viendrait à écarter le diagnostic de trouble de l'adaptation posé par les experts. Enfin, c'est également à tort que la Dresse F._____ reproche à ceux-ci d'avoir négligé les difficultés liées aux conditions de vie actuelles du recourant, les experts ont intégré ce paramètre dans leur analyse et expressément mentionné les difficultés liées à la promiscuité (cf. p. 17 du rapport).

On notera également que la psychiatre traitant a posé dès le 25 octobre 2012 des diagnostics dont elle fait remonter la survenance à cinq ans pour la dysthymie et à un an environ pour l'épisode dépressif, alors qu'elle ne suit le recourant que depuis le 15 juin 2012. Elle soutient également une aggravation de la symptomatologie depuis 2010 alors qu'elle ne suit le patient que depuis quelque trois mois.

En définitive, les différents éléments soulevés par la Dresse F._____ ne suffisent pas à mettre à mal les conclusions du rapport d'examen clinique du SMR du 18 mai 2011 ainsi que du rapport d'expertise du 18 juin 2013, auxquelles il convient d'accorder la préférence.

f) Le rapport d'expertise avançant l'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux, il convient d'examiner si les conditions posées par la jurisprudence pour renverser la présomption selon laquelle de tels troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté exigible sont réunies.

Selon la jurisprudence, une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quant il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard aux critères déterminants (cf. consid. 3c supra) – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partielle être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et les références). Ayant procédé de la sorte, l'intimé a instruit son dossier de manière adéquate.

Comme vérifié ci-dessus, aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée n'a pu être retenue (cf. consid. 6e supra). Par surabondance, plusieurs améliorations ayant été constatées dans l'état de santé psychique du recourant (cf. rapport des Drs S. _____ et C. _____ du 24 décembre 2009 et rapport d'expertise du 18 juin 2013), on ne peut donc parler d'une cristallisation de l'état psychique. En outre, les autres critères permettant exceptionnellement d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail ne sont pas réalisés. On ne voit en effet pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères, d'une manière marquée, au point de fonder un pronostic défavorable. Certes, l'intéressé présente en sus du syndrome douloureux somatoforme une affection corporelle durable ; toutefois, la symptomatologie s'est améliorée, et sa capacité de travail est complète dans une activité adaptée, depuis janvier 2010 (cf. consid. 5 supra). Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, dès lors que le recourant vit avec son épouse chez son fils à la [...], avec ses petits enfants, disposant d'une chambre de la villa familiale. Il semble qu'il vive également alternativement chez sa fille, résidant elle aussi à la [...]. Le recourant est entouré de ses proches, il prend ses repas en famille et sort parfois dans le voisinage. Il a un beau-frère et une belle-sœur, également à la [...], avec lesquels il déclare avoir

une relativement bonne relation. Enfin, on ne peut non plus conclure à un échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Il semblerait même au contraire que les périodes durant lesquelles une amélioration de l'état psychique de l'assuré a pu être constatée correspondent à des périodes où le recourant était sous traitement antidépresseur.

Compte tenu des motifs convaincants avancés par le Dr K. _____ et les experts Z. _____ et B. _____, il sied de retenir que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée du recourant, et qu'il ne subit pas de trouble psychiatrique incapacitant.

7. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'assuré présente depuis janvier 2010, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, savoir les activités ne nécessitant ni mouvements répétés de flexion-extension du rachis, ni porte-à-faux, ni station assise dépassant 60 minutes, ni station debout de plus de 30 minutes, ni port de charges excédant 10 kilos.

Les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente, dès lors qu'ils ne contiennent aucun élément qui aurait été ignoré de l'intimé au moment où il a rendu la décision attaquée. On rappellera que la tâche du médecin consiste à évaluer sur la base de critères objectifs et scientifiques l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travail (cf. consid 4a supra). C'est en revanche à l'administration qu'il revient d'examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérée de manière objective (cf. TF I 778/95 du 11 janvier 2007 consid. 6.1. et 6.2). Cela étant, l'opinion défendue le 20

décembre 2013 par le Dr V._____ sur les difficultés pour un ancien travailleur de force de trouver une activité adéquate et sur le fait que les activités à l'intérieur ne conviennent pas à son patient, ne relève pas de l'analyse médicale. Elle ne saurait être retenue.

8. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre, dans l'hypothèse d'un marché équilibré du travail (Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b et les références citées ; ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, 110 V 273 consid. 4b). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il reprenne à temps complet une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré (cf. consid. 7 supra); il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 88 consid. 4c). Plus particulièrement, on rappellera que l'intéressé dispose d'une entière capacité de travail dans une activité industrielle légère adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi le recourant pourrait-il travailler par exemple comme agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, ouvrier de conditionnement de matériel léger (mise sous pli, emballage) ou ouvrier de production dans l'industrie de précision (alimentation de machine pré-réglées, assemblage de composants électroniques/informatiques) (cf. courrier de l'OAI du 28 octobre 2013). De surcroît, il ne saurait se prévaloir de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en rapport avec les assurés proche de l'âge de la retraite (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2, et, implicitement, TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2), dès lors qu'au vu de son âge au moment de la décision litigieuse ([...] ans), respectivement de l'ouverture éventuelle du droit à la rente ([...] ans), il pouvait encore être exigé de lui qu'il trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles, conformément à son obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées).

b) L'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait pu réaliser, en 2010, un revenu de 59'224 fr. 90. Vérifié d'office, le calcul opéré par l'intimé ne prête pas flanc à la critique, hormis sur la question de l'adaptation des salaires à l'évolution des salaires nominaux. La rectification n'aurait toutefois qu'un très faible impact sur le taux d'invalidité et resterait sans incidence sur le droit aux prestations litigieuses. Il n'y a dès lors pas lieu de développer ce point plus avant. S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est référé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (TA1, niveau de qualification 4), publiée par l'Office fédérale de la statistique. Il a procédé aux adaptations nécessaires pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2010, de

la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises et des limitations des perspectives salariales du recourant liées aux circonstances personnelles telles que ses limitations fonctionnelles, et a chiffré le revenu à 52'595 fr. 22. Cette manière d'établir le revenu que pourrait encore réaliser le recourant malgré son handicap est conforme à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75). A juste titre, le recourant ne soulève aucun grief contre cet aspect de la décision litigieuse, sur lequel il n'y a donc pas lieu de revenir.

c) Il ressort ainsi d'une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité avec le revenu d'invalidité que le recourant présentait un taux d'invalidité de l'ordre de 11%.

d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans doit constater, à l'instar de l'office intimé, que le degré d'invalidité du recourant est insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI, qu'il s'agisse d'une rente d'invalidité ou de mesures de réadaptation.

9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 28 octobre 2013 par l'OAI 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'AI 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause, et n'a de surcroît pas eu recours aux services d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 28 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- X._____,
- 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 :