

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 février 2016

---

Composition : M. DÉPRAZ, président  
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Prilly, recourant, représenté par Me Caroline Ledermann,  
avocate pour Procap Suisse, à Bienne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 et 28a al. 1 LAI ; art. 6, 7, 8 et 16 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, chanteur lyrique, a rempli le 14 octobre 2008 un formulaire de détection précoce de l'assurance-invalidité. Il était engagé par l'Ensemble A.\_\_\_\_\_ à un taux d'environ 30 % depuis 1999 (ce qui lui assurait un revenu entre 6'000 et 10'000 fr. par an). Il indiquait être en incapacité de travail à un taux variant entre 50 et 100 % depuis septembre 2007 en raison de problèmes de dos. Il produisait un certificat médical du 8 juillet 2008 de son médecin traitant, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, laquelle attestait que pour des raisons médicales, la capacité de travail de son patient était variable de façon non prévisible.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est entretenu avec l'assuré le 4 novembre 2008. Il ressort de la note de cet entretien qu'en dehors de son activité pour l'Ensemble A.\_\_\_\_\_, l'assuré n'avait jamais travaillé de façon suivie et aidait dans l'entreprise familiale d'ébénisterie ou donnait des cours de chant notamment. Il n'avait jamais été actif à plus de 50 %. Il souffrait de blocages et de douleurs dorsales avec irradiations dans tout le corps et perte de sensibilité dans l'avant-bras droit qui l'empêchaient d'honorer une partie de ses engagements pour l'Ensemble A.\_\_\_\_\_.

Il ressort d'un rapport de l'OAI du 7 novembre 2008 faisant suite à un second entretien avec l'assuré, que ce dernier n'envisageait pas de chercher un emploi pour compléter son activité de chanteur et qui lui aurait assuré un revenu régulier. Il n'avait pas d'attentes quant à une réinsertion professionnelle, et n'était pas contre une aide financière si elle était justifiée médicalement. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) avait pris contact avec la Dresse W.\_\_\_\_\_, laquelle avait indiqué que son patient travaillait normalement mais à un faible pourcentage pour des raisons qui lui étaient personnelles. Par courrier du même jour l'OAI a indiqué à l'assuré que, au vu de l'absence d'incapacité de travail attestée et d'élément médical laissant présager

d'une situation pouvant relever de l'assurance-invalidité, le dépôt d'une demande de prestations n'était pas indiqué.

**B.** L'assuré a rempli un nouveau questionnaire de détection précoce le 2 décembre 2009, indiquant une incapacité entière de travail depuis le 3 mars 2009 en raison d'arthrose et de discopathies cervicales et lombaires. L'OAI a considéré qu'il était indiqué que l'assuré dépose une demande de prestations, ce qu'il a fait le 22 février 2010.

Dans un rapport du 17 avril 2010, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de compression nerveuse au niveau dorsal d'origine mal définie et de discopathie C6-C7 et L4-L5 existant depuis octobre 2007. Son patient ne pouvait plus faire les inspirations et expirations nécessaires au chant et ne pouvait pas rester longtemps debout.

A la suite de plusieurs courriers et rappels demandant à l'assuré des informations, restés sans réponse de sa part, l'OAI a rendu le 13 septembre 2010 une décision de refus de mesures d'instruction.

**C.** L'assuré a rempli à nouveau un questionnaire de détection précoce le 17 mars 2011, toujours en raison de douleurs dorsales, lesquelles occasionnaient une incapacité de travail entière. Il a déposé une demande formelle de prestations le 15 mai 2011.

Interrogée par l'OAI, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 22 juillet 2011, confirmant les diagnostics précédemment retenus. Elle a précisé que depuis son rapport de 2010, la situation n'avait pas évolué du point de vue des douleurs, mais que son patient avait en revanche accepté un suivi psychothérapeutique. Il demeurait ouvert et collaborant, se manipulant souvent pour soulager ses douleurs. Toutes les pistes physiques restaient sans aboutissement. La Dresse W. \_\_\_\_\_ constatait l'échec des essais des traitements médicamenteux et des infiltrations antalgiques.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rempli également un questionnaire de l'OAI le 5 octobre 2012. Il traitait l'assuré depuis le mois de février 2012 et posait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis 2007. On extrait de son rapport ce qui suit :

« Après une scolarité sans particularité et quelques jobs d'étudiants à l'âge de 15-16 ans, le patient a quitté le collège à l'âge de 17 ans pour aller au gymnase qu'il quitte à l'âge de 20 ans. Par la suite, il a pris une année sabbatique afin de commencer le conservatoire en classe de piano et préparer l'examen d'entrée au brevet de musique. En janvier-février 1993, il fréquentait le Conservatoire de Genève pour des cours de chant. Cependant, il a dû interrompre le brevet de musique au bout de 3 mois (novembre 1993) car son père ne voulait plus financer ses études. Il travaille alors à 50 % dans l'entreprise de ce dernier comme menuisier et consacre le 50 % restant à l'activité de chant (cours, répétitions, concerts). En 1996, il commence comme soliste, et en 1997, il entre à l'Ensemble A.\_\_\_\_\_ avec une activité intense : une cinquantaine de concerts par an et quelques CDs enregistrés. Il fait également des remplacements comme enseignant de musique. Il continue ainsi jusqu'en 2005, date du départ de son père à la retraite et de la fermeture de son entreprise.

En septembre 2007, lors d'une tournée qualifiée d'éprouvante, se clôturant par un autre concert dans lequel il avait une partie solistique exigeante, le patient sent une péjoration des douleurs interscapulaires droites préexistantes. Ces douleurs étaient intenses et limitaient ses mouvements. Elles s'accompagnaient d'une gêne respiratoire. Il parvient malgré tout à finir son concert. Une fois au lit, il essaye de dormir mais n'y parvient pas à cause de ces douleurs. Il essaye alors une "manipulation". Cependant, les douleurs s'exacerbent pour atteindre un maximum et il se trouve totalement bloqué. Ces douleurs sont accentuées par la respiration profonde, la toux et l'effort de chant et elles sont accompagnées de paresthésies à type de fourmillements dans les membres supérieurs. Elles peuvent être déclenchées par divers mouvements notamment ceux tronc.

Sur le plan fonctionnel, le patient éprouve beaucoup de peine à accomplir ses tâches de la vie quotidienne et il est contraint d'arrêter le chant le 31.5.2008.

A droite, le patient ne pouvait plus soulever le bras au-delà d'une certaine hauteur et ne pouvait plus tourner le cou. Divers traitements antalgiques ont été essayés, sans résultats probants. Le patient a bénéficié également de nombreuses infiltrations ainsi que d'un suivi au centre de la douleur de 2008 à 2009. D'autres traitements ont été tentés : Tryptizol, Lyrica, Trittico, ainsi que physiothérapie, chiropraxie, ostéopathie et médecine manuelle, sans amélioration notable.

Pendant 4-5 mois, il n'y a eu aucune amélioration. Cependant, l'intensité des douleurs a diminué progressivement par la suite et le patient a retrouvé lentement une certaine activité. Toutefois, une limitation persiste.

D'autre part, le patient a présenté également des lombosciatalgies qui se sont amendées par la suite. Actuellement, il y a un fond de douleur continue avec des exacerbations épisodiques.

M. P. \_\_\_\_\_ est sans antécédents psychiatriques particuliers hormis un abus médicamenteux à l'âge de 22-23 ans, suite à une déception amoureuse. Il a avalé des psychotropes (somnifères et tranquillisants) pris dans le séminalier de son amie. Il n'a pas consulté dans les suites immédiates. Ultérieurement, il a vu un psychiatre une fois pour des questions plutôt existentielles. Il n'y a pas eu de suites à cet entretien, le psychiatre n'estimant pas un suivi nécessaire.

#### Constat médical

Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans, faisant son âge, calme, collaborant et bien orienté aux 3 modes.

Il présente une attitude antalgique : main et avant-bras droit derrière le dos posés de façon transversale en tirant légèrement sur le coude vers l'avant. A noter que lorsque les douleurs sont très intenses, le patient est alité et son sommeil est perturbé. Le discours est spontané et cohérent. Pas d'anxiété psychique éprouvée. Le patient peut être irritable lors d'exacerbations de la douleur. On note une certaine tendance à la procrastination. Euthymie. Pas d'anhédonie. Pas de perte de l'élan vital. Pas de perte de l'espoir. Pas d'idées suicidaires. Pas de troubles de l'appétit. Pas de sentiment de dévalorisation ni d'inutilité. Pas d'obsessions ni de compulsions. Pas d'idées délirantes. Pas d'hallucinations.

#### Pronostic

La symptomatologie douloureuse dure depuis 2007. En dépit de son caractère continu, la douleur est moins intense et moins invalidante qu'au début de son installation. On espère que les investigations somatiques en cours permettront de trouver une cause expliquant ces douleurs, dans l'idéal curable. Cependant, il n'est pas exclu que ces investigations ne montrent aucune étiologie particulière, ce qu'on rencontre souvent dans les syndromes douloureux somatoformes persistants. L'évolution se fait souvent vers la chronicité.

Toutefois, le patient a d'importantes ressources et il a pu développer des stratégies pour s'adapter à la douleur et avoir un minimum d'activité quotidienne compatible avec cette douleur.

#### Nature et importance du traitement actuel

Bien que nous soyons en partie encore en phase d'investigation. Le patient bénéficie d'entretiens médicaux réguliers. Une approche cognitivo-comportementale des symptômes douloureux chroniques visant un meilleur coping avec la douleur va être essayée. L'objectif étant de renforcer les efforts d'adaptation fournis par le patient jusqu'à présent et dont le résultat est comme susmentionné, une réduction de l'intensité de la douleur et une augmentation de ses capacités.

Le status psychique ne permet pas de retenir d'autres diagnostics que le syndrome douloureux somatoforme persistant. Toutefois, des études ont montré qu'un traitement antidépresseur/inhibiteur de recapture de la sérotonine, même en l'absence de dépression, peut être bénéfique dans l'amendement de la douleur et l'anxiété qui pourrait l'accompagner. Je suis en attente de la fin des investigations somatiques, pour envisager cette option thérapeutique.

Les objectifs thérapeutiques visés dans un premier temps sont les suivants :

Reconnaître les facteurs qui peuvent aggraver la douleur.

Développer des stratégies de coping avec les sensations corporelles douloureuses.

En dépit de la douleur, garder un certain niveau d'activité. »

L'assuré a été vu par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur le 8 août 2012. Ce médecin a adressé à la Dresse W.\_\_\_\_\_ un rapport médical le 20 août 2013, dont on extrait ce qui suit :

« Ce patient présente indiscutablement des discopathies étagées tant lombaires basses que cervicales, plutôt progressives et un peu inhabituelles dans cette classe d'âge. Les facteurs à la recherche d'une maladie inflammatoire type polyarthrite sont restés négatifs. Recherche d'ostéome ostéoïde également négative.

En conclusion : le tableau douloureux chronique est quand même corrélé par les examens multiples effectués. A l'heure actuelle, il n'y a pas de compression neurologique faisant discuter d'une indication opératoire. Etant donné le caractère étagé, il faut plutôt être assez restrictif avec la chirurgie. Par contre, une adaptation de ses activités se justifie. La meilleure solution serait la reconversion dans une activité où il puisse être tantôt assis, tantôt debout, telle que par exemple l'enseignement de la musique.

Les douleurs [s]ont à gérer par l'adaptation des activités, des mesures physiothérapeutiques ou de type ostéopathie sur la durée et les antalgiques. Une réévaluation radiologique dans une année serait judicieuse pour juger de l'évolution des discopathies. »

Réinterrogé par l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 11 novembre 2013, confirmant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant l'évolution de l'état de santé depuis son dernier rapport, il notait une amélioration au niveau de l'élan vital et de la motivation à effectuer des tâches. Son patient se sentait plus prêt à

entreprendre des petites activités du quotidien en dépit de ses douleurs chroniques, lesquelles n'avaient pas changé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Quant à la capacité dans une activité adaptée, elle dépendait du degré d'adaptation de l'activité aux limitations secondaires aux douleurs. Concernant les limitations fonctionnelles, il précisait que la plainte principale du patient demeurait les douleurs chroniques qui présentaient par moment des exacerbations. Il en résultait des difficultés lors des déplacements. Cela entraînait également une réduction de la capacité de l'assuré à persévérer dans une activité. Ce dernier bénéficiait d'une prise en charge comprenant des entretiens réguliers avec une approche de soutien axée sur un travail sur les cognitions dysfonctionnelles et les comportements douloureux dans le but de diminuer ces comportements et favoriser un coping actif. Le Dr L. \_\_\_\_\_ maintenait l'idée de réessayer un traitement antidépresseur, bien que deux précédents essais n'aient pas amené d'amélioration notable.

Dans un rapport du 19 décembre 2013, le SMR a retenu une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit ne comportant pas de mouvements extrêmes de la nuque, d'activité assise ou debout prolongée ni de port de charges supérieur à 10 kg. Le SMR a précisé que lors d'un contact téléphonique du 19 décembre 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ avait confirmé qu'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée était possible. Sur la base des conclusions de ce médecin, on ne pouvait, selon le SMR, pas retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant puisqu'une origine somatique avait été diagnostiquée.

Le 13 janvier 2014, l'OAI a informé l'assuré de son droit à l'orientation professionnelle.

Le 3 septembre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires, il a déterminé que le revenu sans invalidité était de 61'238 fr., correspondant au salaire auquel

pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Un abattement de 10 %, justifié par les limitations fonctionnelles, sur ce même revenu permettait de fixer le revenu d'invalidé à 55'114.60 francs. Il en résultait un degré d'invalidité de 10 %. L'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente et de mesures professionnelles identique au projet le 13 octobre 2014.

**D.** P.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée le 10 novembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Sur demande du juge instructeur, il a complété son recours par écriture du 28 novembre 2014, concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière. Par l'intermédiaire de son avocat, il a déposé un mémoire complémentaire le 21 janvier 2015. Il a modifié ses conclusions en ce sens qu'il requiert, sous suite de frais et dépens, l'annulation de la décision attaquée, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire somatique et psychiatrique et le renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une enquête ménagère et, cas échéant, de mesures professionnelles, puis nouvelle décision au sens des considérants. Il a également demandé que lui soit accordée l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par réponse du 24 février 2015, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 29 mai 2015, le recourant a maintenu ses conclusions.

Le recourant a produit, le 20 octobre 2015, un document du Centre hospitalier universitaire vaudois, auprès duquel il avait été hospitalisé en mars 2015 en raison de brûlures à divers endroits du corps à la suite d'un incendie à son domicile. Ce document, qui est un rapport de suivi d'hospitalisation mentionnait que la plainte principale du recourant était sa problématique lombaire chronique. Il ne trouvait pas de bonne position pour dormir et des essais de coussins et positionnements avaient été faits.

L'intimé a maintenu ses conclusions par duplique du 2 novembre 2015.

**E.** Par décision du 22 janvier 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le sens d'une exonération d'avance et de frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle.

**F.** Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-dessous.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, au regard des atteintes à sa santé.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité est effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors de l'examen du droit d'un assuré à des prestations : la méthode générale de la comparaison des revenus de valide et d'invalide pour un assuré qui, sans atteinte à la santé, exercerait une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI,

en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré qui n'exerce pas, respectivement ne compte pas exercer une activité lucrative, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334 ; 130 V 393 ; 125 V 146). Les méthodes spécifiques et mixtes nécessitent notamment la réalisation d'une enquête économique de ménage pour établir l'empêchement éventuel de l'assuré à effectuer ses travaux habituels.

**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 que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

**c)** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid.

3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

Un rapport médical 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 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**4. a)** En l'espèce, l'intimé a rejeté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) posé par le Dr L.\_\_\_\_\_ au motif qu'il y aurait une explication somatique aux douleurs dorsales du

recourant. Or, on ne saurait écarter le diagnostic posé par le Dr L. \_\_\_\_\_ à la lecture des différents rapports médicaux. On constate notamment que les médecins se sont interrogés sur l'origine des douleurs dorsales du recourant. Le rapport initial de la Dresse W. \_\_\_\_\_ fait ainsi état d'une origine mal définie et le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ expose que les facteurs à la recherche d'une maladie inflammatoire type polyarthrite sont restés négatifs et que la recherche d'ostéome ostéoïde est également négative. On ne saurait donc sous l'angle de la vraisemblance prépondérante exclure à tout le moins la présence d'une composante psychique compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, ce d'autant que le SMR a rendu un simple avis médical, sans examen du recourant. Ni les rapports du Dr L. \_\_\_\_\_, ni celui du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne permettent de faire la lumière sur l'état de santé du recourant, ce d'autant qu'il n'apparaît pas qu'ils se soient prononcés en connaissance de l'ensemble du dossier médical du recourant. En outre et même si on devait exclure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'a pas été suffisamment investiguée sur le plan médical. Le seul élément figurant au dossier est la remarque du Dr L. \_\_\_\_\_ indiquant que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dépendra de l'adaptation de cette activité aux limitations secondaires résultant des douleurs chroniques. Quant au Dr Z. \_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé expressément sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le renseignement fourni par téléphone au médecin-conseil de l'intimé ne peut suffire à justifier que l'on retienne une pleine capacité de travail du recourant compte tenu des exigences posées par la jurisprudence (cf. supra consid. 3c).

A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si le recourant présente une atteinte à sa santé psychique.

**b)** Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires

auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina KAHIL-WOLFF, *in* : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). L'existence d'un trouble somatoforme douloureux n'a en l'espèce pas été instruite par l'intimé, qui s'est contenté des conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_. Il convient dès lors de renvoyer le dossier à l'intimé, afin qu'il fasse préciser le diagnostic par une expertise bidisciplinaire (orthopédique/psychiatrique), conformément à la jurisprudence qui rappelle que 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. supra consid. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; cf. également supra consid. 3b). Si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être retenu par l'expert psychiatre, son effet incapacitant devrait alors être examiné à la lumière de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 8 ; commenté par Thomas GÄCHTER/Michael E. MEIER, *Schmerz-rechtsprechung* 2.0, *in* : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre circulaire du 7 juillet 2015 AI n° 334 de l'Office fédéral des assurances sociales).

Vu ce qui précède, il n'est en l'état pas nécessaire de se prononcer sur les autres griefs soulevés par le recourant à l'encontre de la décision attaquée, soit la question de la méthode de comparaison des revenus appliquée par l'intimé ainsi que le refus de mesures d'ordre professionnel.

**5. a)** La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical au sens des considérants.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 1'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision du 13 octobre 2014 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ le montant de 1'000 fr. (mille francs), TVA comprise, à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Caroline Ledermann, avocate (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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 :