

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 septembre 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseures  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, divorcé en automne 2012 puis remarié le 28 août 2013, père de quatre enfants nés en 1997, 1999, 2003 et 2014, ne bénéficie d'aucune formation professionnelle reconnue en Suisse. Après avoir été employé pendant cinq ans comme isoleur thermique, il a notamment travaillé à titre indépendant en tant que vendeur d'automobiles, ceci entre juin 1996 et juillet 2009 selon les indications figurant dans la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 27 mai 2013, ou entre 1995 et 2010 selon le formulaire d'auto-évaluation du 4 juillet 2013. Par la suite, l'assuré a bénéficié des prestations de l'aide sociale dès le mois de juillet 2009 ou depuis 2010, selon les informations contenues respectivement dans la demande de prestations et l'auto-évaluation précitées.

Dans un rapport du 26 avril 2004, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du Service de [...] du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_), a informé le médecin généraliste qui suivait alors l'assuré que celui-ci l'avait spontanément consulté le 20 avril 2004. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, à savoir de troubles statiques et discrètement dégénératifs lombaires, ainsi que de dysbalances musculaires et de déconditionnement physique global et focal.

Dans un rapport du 15 octobre 2004, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a relevé que l'IRM lombaire réalisée le même jour avait montré chez l'assuré l'existence de discopathies L4-L5 et L5-S1, sans image de hernie.

Selon les rapports dressés notamment les 30 août et 3 décembre 2004 par le Dr T. \_\_\_\_\_, l'assuré a en particulier bénéficié de séances de physiothérapie durant l'année 2004.

Le 10 février 2005, le Dr T. \_\_\_\_\_ a reçu l'assuré en consultation après que celui-ci eut participé, du 10 au 28 janvier 2005, à un groupe de rééducation fonctionnelle du rachis en hôpital de jour au Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_.

L'assuré a été examiné le 4 septembre 2006 par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du lendemain, ce médecin a fait l'appréciation du cas suivante :

« Les symptômes présentés par M. I. \_\_\_\_\_ me laissent pour le moins dubitatif, sans que je n'aie d'explication sur leurs origines, principalement leurs intensités et leurs retentissements sur son fonctionnement, tant bien même l'examen clinique reste parfaitement rassurant, sans altération de la mobilité tronculaire ou signe neuro-radicaire irritatif ou déficitaire aux membres inférieurs. Par ailleurs, ni l'anamnèse, ni les symptômes présentés actuellement par M. I. \_\_\_\_\_, permettent d'évoquer un rhumatisme inflammatoire, principalement une spondylarthrite ankylosante qui aurait pu passer inaperçue. A signaler une IRM lombaire pratiquée le 15 octobre 2004, révélant, selon le Dr Q. \_\_\_\_\_ qui a réalisé l'examen, des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans image de hernie.

Pour ma part et lorsque j'avais examiné le patient, en septembre 2004, j'avais préconisé des séances de physiothérapie. Mme [...], qui s'était chargée du cas, m'avait récrit que le patient avait décrit une amélioration des douleurs, mais restait encore sous anti-inflammatoires, poursuivant parallèlement quelques séances d'ostéopathie. Je reste relativement surpris par la teneur de ce courrier puisque M. I. \_\_\_\_\_ me fait part qu'il n'a jamais bénéficié de traitements ostéopathiques !! Je n'ai pas beaucoup d'autre proposition thérapeutique à soumettre au-delà d'une éventuelle prise en charge ostéopathique, M. I. \_\_\_\_\_ s'étant par ailleurs montré motivé pour une telle prise en charge, et dont il n'aurait, selon ses dires, jamais bénéficié !! [...] »

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2007, la Dresse W. \_\_\_\_\_, médecin associée au Service [...] du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et de très probable état anxieux avec somatisation. Elle a notamment formulé les observations suivantes :

« **Conclusion :**

Les douleurs lombaires de Monsieur I. \_\_\_\_\_ correspondent vraisemblablement aux discopathies lombaires basses. Leur

intensité douloureuse varie avec certaines activités et très probablement avec les variations de son moral.

L'examen clinique d'aujourd'hui est tout à fait rassurant et aucun signe d'aggravation n'est constaté par rapport à ce qui a été noté dans les constatations du Dr T. \_\_\_\_\_ ou du Dr R. \_\_\_\_\_.

Personnellement, j'ai l'impression que Monsieur I. \_\_\_\_\_ traverse sporadiquement des épisodes d'angoisse qui le rendent plus sensible à la douleur lombaire. Cet aspect pourrait peut-être être remédié par des séances de relaxation, voire même un soutien psychologique. Pour le reste, il devrait vivre normalement en pratiquant des sports et des loisirs et en entretenant sa musculature par des séances d'étirement et de renforcement. »

Une nouvelle IRM lombaire a été effectuée le 22 février 2008. Dans son rapport du même jour, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a retenu notamment ce qui suit :

« **Conclusion :**

Discopathies L4-L5 et L5-S1, associées à une hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas entrant en conflit avec la racine L5 droite à son émergence du sac thécal. Canal lombaire étroit, mesurant 99 mm<sup>2</sup> pour une norme à 100 mm<sup>2</sup> à ce niveau. Déchirure du ligament annulaire en position médiane en L5-S1, sans conflit de racine. »

Le 11 mars 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport au Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré et spécialiste en oto-rhino-laryngologie ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique. Après avoir mentionné les diagnostics posés par la Dresse W. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_ dans leur rapport respectif des 1<sup>er</sup> novembre 2007 et 22 février 2008, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait l'appréciation du cas suivante :

« La globalité de la consultation a servi à discuter avec M. I. \_\_\_\_\_ des tenants et aboutissants de sa problématique. Nous avons revu ensemble les images IRM qui confirment la présence d'une minime hernie discale L4-L5 para-médiane droite et composante de canal lombaire étroit secondaire.

Comme je le lui ai rappelé, cet examen n'aura aucune influence sur la prise en charge, la médecine traditionnelle restant parfaitement démunie face à ce type de douleurs chroniques.

Je lui ai enfin donné pour adresse, le Centre V. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital B. \_\_\_\_\_, afin de définir d'une éventuelle attitude thérapeutique différente, gardant toutefois en mémoire le litige conflictuel qui règne à la suite de la prise en charge interventionnelle du même

type réalisée au Centre D.\_\_\_\_\_, voici quelques années et dont M. I.\_\_\_\_\_ ne veut plus entendre parler. »

Ensuite de la consultation du 27 janvier 2009, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-chef auprès du Centre V.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, a fait parvenir son rapport au Dr J.\_\_\_\_\_ le 29 janvier 2009. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a notamment estimé que ni la petite hernie discale ni la relative diminution de taille du canal n'étaient à l'origine des douleurs, mais qu'il s'agissait d'un problème chronifié de lombalgies sur des discopathies. Les traitements interventionnels effectués par le passé par des médecins de [...] s'étaient révélés inefficaces et n'auraient fait qu'aggraver la situation, de sorte qu'il n'avait pas de mesures de ce type à proposer. S'agissant des médicaments, seul le Tramal - que l'assuré prenait encore régulièrement, mais à doses dégressives - s'était montré efficace et il n'avait pas de suggestion « miracle » à cet égard. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a ajouté que la poursuite occasionnelle de physiothérapie pouvait se justifier, sans toutefois en attendre beaucoup. L'assuré avait de sa propre initiative acheté un appareil d'électrostimulation de type TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) et la poursuite, ainsi que l'intensification, de cette modalité thérapeutique étaient préconisées. Il a enfin précisé qu'il reverrait l'intéressé un mois plus tard environ, afin d'évaluer l'efficacité de cette thérapie, mais qu'il n'aurait alors probablement pas d'autre proposition à formuler.

Le 8 février 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ - spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, et médecin-chef auprès du Centre Z.\_\_\_\_\_ - a transmis un rapport au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assuré. Il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques dans le contexte de discopathies lombaires basses L4-L5 et L5-S1, de probable micro-instabilité, ainsi que de déconditionnement physique et psychique. Il a estimé que les lombalgies chroniques s'inscrivaient dans le cadre d'un déconditionnement musculaire sévère et que la symptomatologie clinique rappelait fortement une micro-instabilité, qui devrait pouvoir bénéficier d'un traitement intensif de trois semaines, à des dates encore à déterminer.

Après avoir réexaminé l'assuré le 23 février 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fait parvenir au Dr H.\_\_\_\_\_ son rapport du 27 février 2012, dont la teneur est notamment la suivante :

« **DIAGNOSTICS :**

- Lombalgies chroniques dans le contexte de :
  - Discopathies L4-L5, L5-S1
  - Arthrose facettaire L4-L5
  - Déchirure annulaire L4-L5
  - Déconditionnement physique et psychique.

**Anamnèse intermédiaire :**

Depuis notre dernière entrevue, j'ai revu M. I.\_\_\_\_\_ avec son IRM lombaire faite le 26 septembre [réd. : 2011]. L'IRM montre une double discopathie L4-L5, L5-S1 avec une déchirure annulaire en L4-L5, accompagnant une arthrose facettaire qui, selon moi, pourrait être l'épine irritative.

J'ai aussi pu consulter tout le dossier au Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ concernant ce patient, qui a vu de nombreux intervenants, à la fois le Dr T.\_\_\_\_\_ en 2004-2005, le Dr R.\_\_\_\_\_ en 2006, la Doctoresse W.\_\_\_\_\_ en 2007 et tout le monde conjuguant les résultats en disant que c'est un entraînement musculaire qui est nécessaire.

Il y avait tout au plus quelques soupçons de troubles de la personnalité relevés par les psychologues durant la prise en charge multidisciplinaire.

Nous retenons une prise en charge pluridisciplinaire à Centre Z.\_\_\_\_\_ pour le 23 avril prochain. »

**b)** Le 27 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a notamment fait état de graves problèmes de dos au niveau du rachis lombaire et de deux hernies discales, atteintes existant depuis 2005, et a exposé qu'il était en incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012, pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 18 juin 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a indiqué au Dr J.\_\_\_\_\_ que l'assuré, qui était handicapé par des lombalgies chroniques, présentait des douleurs thoraciques très atypiques, mais objectivement sans signe de maladie cardiaque ou coronarienne, et que la tension artérielle était normale.

Dans le cadre de la phase d'intervention précoce, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a convoqué l'assuré pour un entretien fixé le 4 juillet 2013. A cette occasion, l'intéressé a notamment mentionné dans le formulaire d'auto-évaluation qu'il bénéficiait du revenu d'insertion (ci-après : RI) et qu'il souffrait de douleurs chroniques au dos. Il a estimé ne plus être en mesure de travailler à 100 % en raison de ses atteintes à la santé.

Le 7 juillet 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI. Ce praticien a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'affection rhumatologique complexe - pour laquelle il suivait l'assuré depuis de nombreuses années « avec somme toute très peu d'amélioration clinique » et qui nécessitait des soins de longue durée et de la physiothérapie - et d'état anxio-dépressif réactionnel. L'activité de vendeur d'automobiles indépendant n'était selon lui plus exigible et le rendement était réduit. Il fallait attendre les conclusions des nouvelles évaluation et approche thérapeutique en cours pour pouvoir se faire une idée plus précise du type et du taux d'activité professionnelle pouvant générer un revenu que l'on pourrait exiger de l'assuré. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'intéressé avait consulté des psychiatres et des psychothérapeutes à la suite des répercussions psychologiques (anxiété, dépression et troubles du sommeil) engendrées par le peu d'amélioration cliniquement objectivable des diverses modalités thérapeutiques proposées, soit notamment un séjour au Centre Z.\_\_\_\_\_, des infiltrations itératives, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des arrêts de travail et de la physiothérapie. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a également renvoyé au rapport établi le 27 février 2012 par le Dr M.\_\_\_\_\_, qui résumait selon lui assez bien la situation. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé que son patient devrait bénéficier d'une rente entière d'invalidité « si l'on ne p[ouvai]t raisonnablement lui proposer une activité adaptée voire une réinsertion professionnelle adéquate ».

Dans son rapport à l'OAI du 18 juillet 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « syndrome lombovertébral chronique sévère, 2 hernies discales sans conflit

discoarticulaire ; dysbalance musculaire et déconditionnement physique », ainsi que de « dépression suite au divorce et problèmes de santé ». Selon les indications de ce médecin, l'assuré était en incapacité de travail de 50 % pour une durée indéterminée, son activité habituelle n'était plus exigible, les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Sans plus de précision, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué que seules des activités dans différentes positions étaient envisageables, avec une limite de port de charges de 2 kg.

Dans un avis médical du 10 septembre 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a notamment rappelé les diagnostics posés par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 juillet 2013. Il a souligné que ni le Dr J.\_\_\_\_\_ ni le Dr H.\_\_\_\_\_ ne précisaient la date du début de l'incapacité de travail. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a préconisé l'envoi d'un formulaire de rapport médical de l'assurance-invalidité au Dr M.\_\_\_\_\_ et a énoncé les questions supplémentaires à poser à ce praticien. De plus, il fallait selon lui interpellier l'assuré sur le point de savoir s'il était suivi par un psychiatre et, dans l'affirmative, adresser à ce spécialiste un formulaire de rapport médical de l'assurance-invalidité, le Dr S.\_\_\_\_\_ précisant les questions à soumettre à ce psychiatre.

Selon une note de suivi du 10 septembre 2013, un collaborateur de la fondation Fondation A.\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI que l'assuré était inscrit au chômage et qu'il bénéficiait d'une mesure auprès de cette institution pour une durée de six mois.

Le 21 octobre 2013, l'assuré a répondu à l'OAI qu'il n'était suivi par aucun psychiatre.

Dans un rapport du 11 décembre 2013 rédigé à la suite de la consultation du 7 décembre 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le

contexte de discopathies lombaires basses L4-L5 et L5-S1, de déchirure annulaire L4-L5 (selon l'IRM de 2011), et de déconditionnement physique et psychique. Il a en outre notamment exposé ce qui suit :

« **1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)

Rappelons juste [que le patient] note depuis 7 ans des douleurs du dos. Il avait arrêté son activité comme footballeur autour de 2005, justement à cause des douleurs.

Il aurait eu une problématique qui s'est déclenchée lors d'un blocage en voyage, en voulant se redresser il est resté complètement bloqué. Depuis ce moment, il fait des rechutes tous les 2 à 3 mois.

Il avait été suivi à la consultation du Dr X. \_\_\_\_\_ dans les années 2006-2007 où des infiltrations et thermocoagulations ont été faites, voire même une proposition opératoire.

Ainsi de nombreux confrères ont été vus sans grande aide sur les douleurs. Dans ce contexte il est convoqué à la demande de l'AI pour un rapport.

[...]

**Plaintes actuelles**

Patient signalant des douleurs lombaires basses en barre irradiant dans la fesse droite, augmentées lors des ports de charges postures statiques. La position assise est supportée 1h - à table en mangeant, par contre devant la télé au canapé bouge rapidement - avant qu'un changement postural soit nécessaire. La position debout stationnaire est aussi mal supportée.

Barométralgies surtout le froid. Douleurs nocturnes avec des réveils.

Raideur matinale, dérouillement matinal 15-30 min.

Irradiation douloureuse dans la région fessière droite (à 85% des

fois).

De plus, le patient nous présente des cervicalgies, l'inclinaison soulage le patient.

Constat médical

**Status :**

Patient en bon état général, pesant 93 kg pour 173.5 cm (IMC 30.9 kg/m<sup>2</sup>).

Troubles statiques avec enroulement des épaules et abaissement de l'épaule droite chez un patient droitier avec une bascule du bassin à niveau vers la gauche.

Flèches de Forestier : 8-4-0-6.5-0 avec un fil à plomb au niveau du pli interfessier.

Le déroulement thoraco-lombaire s'effectue avec un index d'Ott de 30-31 cm (normal) et un Schobert modifié-modifié perturbé à 14/15/20.5 cm (norme : 12.5/15/22). La distance doigts-sol est à 30 cm (en position assise distance doigts-orteils, DDO, à 8 cm), les inclinaisons latérales droite-gauche sont symétriques à 13/14 cm.

Rotation thoracique, en position assise : 20-0-20°.

Au niveau cervical, bonne mobilité en flexion-extension à 0-19.5 cm, rotation droite-gauche 70/0/70°, inclinaison latérale 25-0-30°.

Dans le plan souspelvien il y a des hypoextensibilités surtout de la chaîne postérieure moins de la chaîne antérieure, la manœuvre des jambes tendues à 70° à droite et à gauche, l'angle poplité à 45° à droite et à 40° à gauche, la manœuvre de Patrick de 28 cm à droite et 30 cm à gauche (norme < 20 cm), la distance talon-fesse à 3 cm à droite et à gauche.

L'analyse segmentaire démontre une douleur à la palpation lombaire basse de manière diffuse L3-S1.

Sensibilité au niveau de D12-L2 D, sans un point réflexe postérieur.

Le testing des sacro-iliaques ne démontre pas de souffrance des articulations avec examen normal.

Le status neurologique montre une bonne sensibilité et des bons ROT au niveau des MI. Lors du testing de la force, on ne trouve pas de déficit.

Les tests ULNT I et II sont négatifs.

Test de stabilité : positif.

### Articulations périphériques

Epaules :

- Flexion à 180°, et abduction à 180° à droite comme à gauche, avec des douleurs omothoraciques. Rotation externe coude au corps à 40°. Rotation interne à D12
- Pas de claire souffrance tendineuse. Test de Job, de Hawkins négatifs. Le palm-up est négatif.

Coudes :

- Flexion-extension : 140-0-0
- Pro-supination : 90-0-90°

Hanches :

- Bonne mobilité : rotation interne-externe 35-0-30
- Abduction 30° ddc, sans douleur.
- Pas de douleur à la mobilisation faisant suspecter une atteinte coxofémorale.

Pronostic

Ce patient présente donc des lombalgies chroniques dans un contexte de déconditionnement musculaire sévère.

La symptomatologie clinique rappelle fortement une micro-instabilité qui aurait pu bénéficier d'un traitement intensif de 3 semaines, mais que le patient avait décliné en 2012, et ne se sentant toujours pas plus motivé aujourd'hui.

Eventuellement qu'une nouvelle investigation radiologique apporterait quelques éléments de plus, mais ne changerait pas la stratégie de traitement.

## **1.5**

Nature et importance du traitement actuel

Un réentraînement est important mais le patient n'y voit pas d'utilité, ayant fait un programme au Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ au début des années 2000. »

Dans ce rapport, le Dr M. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué qu'il ignorait les dates précises des arrêts de travail de l'assuré - celui-ci lui ayant dit ne plus travailler depuis trois ans - et a renvoyé l'OAI au médecin traitant s'agissant des incapacités de travail attestées. Le cas était selon lui stabilisé et le traitement en cours était composé de physiothérapie, ainsi que de médicaments en réserve. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a en outre retenu que, sur le plan physique, les seules limitations consistaient en des limitations sur des postures et en un port de charges ne devant pas dépasser 5 à 10 kg, constatant toutefois des auto-limitations. Ainsi, le Dr M. \_\_\_\_\_ a considéré que dans la profession actuelle de vendeur de voitures automobiles, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et que la capacité de travail de l'intéressé était entière sur le plan physique. Cette activité était donc exigible à 100 % au niveau physique, avec néanmoins un rendement réduit de 20 % en raison d'une fatigabilité accrue. Des mesures de réadaptation ne pouvaient pas réduire les restrictions mentionnées, mais l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Dans une profession médicalement adaptée, la capacité de travail était entière depuis 2012. Enfin, une présence à temps complet pouvait être exigée de l'assuré dans le cadre d'éventuelles mesures de réinsertion professionnelle.

Dans un rapport SMR du 24 février 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

« [...]

L'assuré se plaint de douleurs lombaires basses depuis plusieurs années multi-investiguées. Il a arrêté le football en 2005 pour cela. Deux hernies discales ont été mises en évidence à l'IRM en 2011 sans conflit radiculaire. Il n'existe pas de signes de spondylarthrite ankylosante. L'assuré est suivi à Centre Z. \_\_\_\_\_. Il existe des discopathies lombaires basses L4-L5 et L5-S1 avec une déchirure annulaire L4-L5 à l'IRM. Il existe un fort déconditionnement pour lequel toute intervention active de réentraîn[ement] intensif a été refusée par l'assuré (Dr M. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2013).

Il existe au dossier un examen cardiologique rassurant qui ne fait état que d'une légère insuffisance tricuspidiennne (juillet 2013 Dr F. \_\_\_\_\_). Au plan psychiatrique l'assuré n'a plus de suivi et il n'existe pas d'éléments psychiatriques objectifs au dossier, ce qui laisse à penser que l'épisode dépressif réactionnel est résolu.

L'appréciation du cas au final nous conduit à ne retenir au plan rhumatologique que les pathologies énoncées par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son dernier rapport du 11 décembre 2013. Ce praticien spécialiste se prononce pour une CT entière dans son activité habituelle de vendeur de voitures avec une baisse de rendement de 20 % du fait de la fatigabilité. Son activité habituelle est une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui sont d'éviter le port de charges de plus de 5 à 10 kgs et les postures statiques trop longues. Nous ne voyons aucun élément médical objectif au dossier nous permettant de nous écarter des conclusions du spécialiste le Dr M. \_\_\_\_\_ (11 décembre 2013). L'assuré a donc une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ou dans toute autre activité adaptée avec une baisse de rendement maximum de 20 %, cela depuis 2012. »

Dans le rapport initial de la Division de réadaptation (REA) de l'OAI du 26 novembre 2014, G. \_\_\_\_\_, spécialiste en réinsertion professionnelle en charge du dossier de l'assuré, a notamment indiqué que celui-ci disait souffrir de deux hernies discales et se plaignait de douleurs à l'estomac et aux yeux, ainsi que de problèmes psychiques. Elle a rappelé la situation de l'intéressé en se fondant sur le rapport SMR du 24 février 2014 et a noté que l'évolution était stable. Elle a en outre formulé les observations personnelles suivantes :

« L'assuré nous dit avoir fait des recherches d'emploi, mais personne ne l'accepte avec ses douleurs.

Son réseau est très vaste et il semble pouvoir le réactiver très rapidement. Raison pour laquelle, il nous dit vouloir reprendre son activité d'indépendant. Un peu plus tard dans la discussion, il nous apprendra qu'il a même déjà repris son travail et que depuis mars il collabore avec 2 collègues et un membre de la famille. Nous dit encore qu'au vu de son état physique, il ne peut pas tout faire lui-même.

Veut organiser un parc d'occasion où il faut également chercher et apporter du matériel, des pièces. Il dit qu'il ne sait faire que ça.

Durant l'entretien, il tente de nous montrer combien son dos est douloureux et tous les gestes qu'il ne peut pas faire. Néanmoins, nous constaterons à plusieurs reprises qu'il va prendre son natel posé sur la table derrière lui en se tournant très souplement, très rapidement et semble-t-il, sans difficultés.

Pour le moment, il refuse toute opération et ne veut pas signer les décharges obligatoires en cas d'intervention. « Tant que ça marche avec les médicaments », il continuera ainsi. Il aurait commencé à prendre ces médicaments depuis 2005.

Il se désole car même s'il fait du sport aujourd'hui, ce n'est plus pareil. Avant, il jouait beaucoup au foot et dit avoir été bon dans ce sport et avoir joué à un haut niveau.

Par l'ORP il a bénéficié de l'accompagnement suivant : Cours de bureautique / 4 mois de réinsertion professionnelle à Aigle voulait tester état physique à 50 % (montage et démontage de matériel électronique). / Lausanne Fondation A. \_\_\_\_\_ (sentiment de maltraitance) tout en bénéficiant du RI. »

Sous la rubrique 7 « Objectifs et stratégie », G. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'attente principale de l'assuré était de recevoir une « garantie de l'AI sous forme d'aide financière » et qu'il espérait que l'assurance-invalidité compléterait ses revenus, à savoir l'équivalent d'un 50 %. L'intéressé souhaitait reprendre son activité de vendeur de voitures à titre indépendant. G. \_\_\_\_\_ a estimé qu'aucune mesure de réinsertion professionnelle n'était susceptible d'améliorer la situation, notamment puisque l'assuré avait déjà recommencé son activité d'indépendant et que le préjudice économique était nul.

Le 26 novembre 2014, l'OAI a procédé au calcul du préjudice économique, partant du degré d'invalidité, de l'assuré. Sur la base d'un salaire annuel de 61'311 fr. 51 - fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et adapté à la moyenne usuelle de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises - et après prise en considération de l'indexation ainsi que de la diminution de rendement de 20 %, l'OAI a retenu un salaire exigible final de 50'285 fr. 57. Le revenu sans atteinte à la santé a quant à lui été fixé à 29'025 fr., soit la moyenne des comptes individuels de l'assuré pour les années 2005 à 2008. L'OAI a en conséquence estimé que l'intéressé ne subissait aucun préjudice économique en raison de son atteinte à la santé.

Par projet de décision du 8 décembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de son intention de prononcer un refus de reclassement et de rente d'invalidité. Il a notamment considéré que, depuis 2012, une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % pouvait être raisonnablement exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charges de plus de 5 à 10 kg ni postures statiques. Une

reprise d'emploi dans son activité habituelle à 100 %, également avec une baisse de rendement de 20 %, était possible dès la même date. En l'espèce, son droit à la rente n'aurait pu prendre naissance qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2013, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations. Or, puisqu'il avait repris une activité professionnelle avant cette date, aucun droit aux prestations de l'assurance-invalidité ne pouvait lui être reconnu. Au demeurant, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente.

Le 2 février 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision précité et rejeté la demande de prestations de l'assuré.

**B.** Par acte du 23 février 2015, I. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant implicitement à son annulation. Il fait notamment valoir qu'il est en traitement depuis 2005 et que son état se péjore depuis 2012, raison pour laquelle une demande de prestations de l'assurance-invalidité a été déposée. Selon lui, son état physique ne s'améliore pas, deux hernies discales étant successivement apparues. Le recourant ajoute qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, car personne ne l'a accepté avec ses problèmes de santé, de sorte qu'il bénéficie du RI. A titre de mesures d'instruction, il requiert l'interpellation des Drs H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_.

Le 12 mars 2015, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 16 mars 2015, la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales a accordé à I. \_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours, avec effet au 12 mars 2015, sous la forme de l'exonération des avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 13 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il estime que le recourant ne fait pas état d'éléments médicaux

qui lui auraient échappés lors de l'examen de la demande de prestations et qui seraient susceptibles de modifier son appréciation.

Invité à répliquer, le recourant n'a pas procédé dans le délai imparti pour ce faire.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices de l'assurance-invalidité 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).

Dans le cas présent, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et dans le respect des autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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.**           **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, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité sous forme de rente, en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé.

**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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**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 (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine, 102 V 165 ; cf. Pratique VSI 2001 p. 223 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 6).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient 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 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**4. a)** Sur le plan somatique, les rapports médicaux figurant au dossier font en substance état de douleurs au niveau du rachis, sous forme de lombalgies chroniques. Ainsi, l'IRM effectuée le 15 octobre 2004 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ a révélé chez le recourant l'existence de discopathies L4-L5 et L5-S1, alors sans image de hernie. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2007, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et relevé l'absence de signes d'aggravation de l'état du recourant par rapport aux constatations antérieures des Drs T.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. La nouvelle IRM réalisée le 22 février 2008 par le Dr K.\_\_\_\_\_ a confirmé la présence de discopathies L4-L5 et L5-S1, associées à une hernie discale L4-L5 paramédiane droite luxée vers le bas entrant en conflit avec la racine L5 droite à son émergence du sac thécal. Ce médecin a également observé un canal lombaire légèrement plus étroit que la norme, ainsi qu'une déchirure du ligament annulaire en position médiane en L5-S1, sans conflit de racine. Quant au Dr C.\_\_\_\_\_ du Centre V.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, auquel le Dr R.\_\_\_\_\_ avait adressé le recourant, il a estimé le 29 janvier 2009 que ni la petite hernie discale ni la relative diminution du canal n'étaient à l'origine des douleurs et que l'intéressé présentait plutôt un problème chronifié de lombalgies sur des discopathies. Les 8 et 27 février 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ a confirmé ce diagnostic de lombalgies chroniques, lesquelles s'inscrivaient en particulier dans le contexte d'une double discopathie L4-L5 et L5-S1, d'arthrose facettaire L4-L5, de déchirure annulaire L4-L5 et de déconditionnement physique. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué le 7 juillet 2013 que son patient souffrait d'une affection rhumatologique complexe, qui avait un effet sur la capacité de travail. Le 18 juillet 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu l'existence d'un syndrome lombo-vertébral chronique sévère, de deux hernies discales sans conflit disco-articulaire, ainsi que de dysbalance musculaire et déconditionnement physique, avec effet sur la capacité de travail. Réinterpellé par l'intimé, le Dr M.\_\_\_\_\_ a reçu le recourant en consultation et a procédé à une nouvelle évaluation de son état. Dans son rapport du 11 décembre 2013, ce praticien a derechef posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans le contexte de discopathies

lombaires basses L4-L5 et L5-S1, de déchirure annulaire L4-L5 (selon l'IRM de 2011), et de déconditionnement physique - qualifié de sévère - et psychique. Au vu de ces éléments, il est attesté médicalement que le recourant souffre d'atteintes à sa santé au niveau du rachis. Ces affections relevées par les médecins sont connues de longue date, l'assuré ayant consulté pour ces problèmes dès le mois d'avril 2004.

Toutefois, contrairement à ce que soutient le recourant, aucun élément au dossier ne permet de retenir que son état se serait péjoré dès 2012. En effet, dans ses constatations du 11 décembre 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a noté aucune aggravation de la santé de l'assuré par rapport à ses observations de février 2012. Il a d'ailleurs expressément précisé que le cas du recourant était stabilisé. Il a indiqué que la symptomatologie clinique rappelait fortement une micro-instabilité qui aurait pu bénéficier d'un traitement intensif de trois semaines, refusé par le recourant en 2012 et pour lequel celui-ci ne se sentait pas plus motivé en décembre 2013. Il a estimé qu'une nouvelle investigation radiologique apporterait éventuellement quelques éléments complémentaires - sans toutefois changer la stratégie thérapeutique -, mais il n'a pas jugé nécessaire de faire procéder à un tel examen dans le cadre de son évaluation. On peut encore souligner que le recourant bénéficie du suivi du Dr H. \_\_\_\_\_, qui est notamment spécialiste en rhumatologie. Si ce médecin avait observé une détérioration de l'état de son patient depuis 2012, il n'aurait pas manqué de mettre en œuvre des examens médicaux complémentaires, par exemple une nouvelle IRM. Or, il ne ressort pas du dossier que tel aurait été le cas.

A l'appui de son moyen, le recourant mentionne en outre l'apparition successive de deux hernies discales. A cet égard, l'existence de la première hernie discale a été constatée par le Dr K. \_\_\_\_\_ à la suite de l'IRM du 22 février 2008. En ce qui concerne la seconde, elle a été observée notamment par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 18 juillet 2013 et par le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR le 24 février 2014, ce dernier s'étant en particulier fondé sur l'IRM réalisée en 2011. Ainsi, ces deux hernies discales étaient

connues au moment où l'intimé a rendu la décision litigieuse et elles ont été prises en compte dans l'examen du cas.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin traitant, ne s'est pas déterminé de façon claire. En effet, dans son rapport à l'OAI du 7 juillet 2013, il a soutenu que l'assuré devrait bénéficier d'une rente entière d'invalidité « si l'on ne p[ouvai]t raisonnablement lui proposer une activité adaptée voire une réinsertion professionnelle adéquate », laissant ainsi entendre que, dans une activité adaptée, l'assuré disposait à tout le moins d'une certaine capacité de travail. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a pour sa part estimé le 18 juillet 2013 que son patient présentait dans son activité habituelle une incapacité de travail de 50 %, pour une durée indéterminée. L'activité habituelle n'était plus exigible, les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Ce médecin a retenu que seules des activités dans différentes positions étaient envisageables, avec une limite de charge de 2 kg, sans toutefois motiver plus avant son appréciation. Invité à se déterminer, le Dr M.\_\_\_\_\_ a jugé le 11 décembre 2013 que les seules limitations présentées par l'assuré étaient des limitations sur des postures et un port de charges ne devant pas dépasser 5 à 10 kg, constatant toutefois des auto-limitations. Il a considéré que dans la profession actuelle de vendeur de voitures automobiles, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et que la capacité de travail de l'intéressé était entière sur le plan physique. Ce médecin a néanmoins reconnu un rendement réduit de 20 % en raison d'une fatigabilité accrue. Il a également estimé que dans une profession médicalement adaptée, la capacité de travail du recourant était entière depuis 2012. Selon lui, des mesures de réadaptation ne pouvaient pas réduire les restrictions mentionnées, mais l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

Au vu de ces éléments et à l'instar de l'opinion exprimée par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans le rapport SMR du 24 février 2014, il faut considérer qu'aucun élément médical objectif au dossier ne permet de s'écarter des

conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_, rien ne venant les contredire. Comme exposé précédemment, le Dr J.\_\_\_\_\_ ne s'est en effet pas prononcé de manière claire sur la capacité de travail du recourant et seul le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que l'intéressé présentait dans son activité habituelle une incapacité de travail de 50 %. Or, ce praticien n'a fourni aucune précision sur les raisons l'ayant conduit à cette conclusion et, en tant que médecin traitant du recourant, ses constatations ne doivent être admises qu'avec réserve, au vu lien de confiance particulier qui l'unit à son patient (cf. consid. 3c supra). Au demeurant, il faut reconnaître une pleine valeur probante au rapport rédigé le 11 décembre 2013 par le Dr M.\_\_\_\_\_. En effet, il a été dressé à la suite d'une nouvelle consultation le 7 décembre 2013, étant souligné que ce praticien avait déjà pleine connaissance du dossier de l'assuré puisqu'il avait rédigé deux rapports en février 2012. De plus, il ressort du status que toutes les portions du rachis du recourant ont été examinées, de même que les articulations périphériques. Les atteintes de l'intéressé ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et d'examens complets. En outre, le rapport fait état de l'anamnèse et des plaintes du recourant. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a également clairement exposé le contexte médical, ainsi que son appréciation de la situation médicale, et a dûment motivé ses conclusions.

Enfin, le Dr M.\_\_\_\_\_ a souligné l'importance d'un réentraînement pour le recourant, auquel celui-ci n'y voyait cependant pas d'utilité. Le déconditionnement physique du recourant a pourtant été mis en avant à réitérées reprises par les médecins, soit en particulier par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 26 avril 2004 déjà, par le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 18 juillet 2013) et par le Dr M.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 8 et 27 février 2012, ainsi que du 11 décembre 2013), la Dresse W.\_\_\_\_\_ ayant pour sa part relevé que le recourant devrait entretenir sa musculature par des séances d'étirement et de renforcement (cf. rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2007). A cet égard, il faut rappeler que dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est

pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références citées). En l'espèce, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail au niveau physique, certes avec un rendement réduit de 20 %, et on ne discerne aucun élément subjectif ou objectif qui empêcherait d'exiger de lui qu'il entreprenne tout ce qui pourrait réduire ses atteintes à la santé, le recourant étant en particulier tenu de remédier à son important déconditionnement physique relevé par les médecins.

**b)** Sur le plan psychique, un état anxio-dépressif ou dépressif a été évoqué notamment le 1<sup>er</sup> novembre 2007 par la Dresse W.\_\_\_\_\_, ainsi que les 7 et 18 juillet 2013 par les Drs J.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ parlant pour sa part dans ses trois rapports d'un déconditionnement psychique. Cependant, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attribué l'état dépressif qu'il observait en particulier au divorce du recourant ; or, ce dernier est aujourd'hui remarié et père d'un quatrième enfant. De plus, l'intéressé n'a nullement fait état de troubles psychiques dans sa demande de prestations du 27 mai 2013, pas plus que dans sa réponse du 21 octobre 2013 à l'interpellation de l'intimé, se limitant alors à indiquer qu'il n'était pas suivi par un psychiatre. Il a certes mentionné qu'il souffrait de problèmes psychiques lors de l'entretien avec la spécialiste en réinsertion professionnelle en novembre 2014, sans toutefois les invoquer

dans son recours, qui est uniquement axé sur son état physique. Ainsi, à défaut d'élément concret et attesté médicalement par un spécialiste en psychiatrie, on ne saurait retenir que l'assuré souffre d'une atteinte psychique incapacitante.

**c)** En définitive, il faut considérer que le recourant présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de vendeur de voitures, avec une réduction de rendement de 20 % compte tenu d'une fatigabilité accrue. Il en va de même depuis 2012 dans une activité adaptée - à savoir prenant en considération les limitations dans les postures statiques et dans le port de charges ne devant pas excéder 5 à 10 kg -, selon l'avis circonstancié du Dr M. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 4a).

Le recourant disposant d'une capacité de travail dans son activité habituelle, qui est adaptée, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4, 9C\_137/2010 du 19 avril 2010), se chiffrant ainsi à 20 % - soit la diminution de rendement -, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Au demeurant, le recourant ne critique pas le calcul de son préjudice économique auquel l'intimé a procédé le 26 novembre 2014. Il n'y a ainsi pas lieu d'y revenir. Il ne ressort pas non plus clairement des arguments du recourant qu'il contesterait le refus d'un reclassement (cf. art. 17 LAI). Quoi qu'il en soit, l'intéressé est apte à travailler dans son activité habituelle, qui est adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Au vu de tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité.

**5.** Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, un complément d'instruction n'apparaît pas utile. La requête du recourant tendant à l'interpellation des Drs H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, soit ses médecins traitants, doit en conséquence être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à

l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**6. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant de ceux-ci est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent en l'espèce être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Toutefois, dès lors que l'intéressé est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**c)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 2 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- I. \_\_\_\_\_,
- 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 :