

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...] ([...]), recourant, représenté par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

E. _____, à Vevey, intimé.

Art. 8 et 17 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. a) F._____, né en [...], travaillait depuis [...] comme cantonnier au service de [...]. A partir du mois de juillet 1993, il a commencé à ressentir des douleurs à la main droite, ainsi que des paresthésies. Ces douleurs allant en s'aggravant, il a consulté le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, qui a conclu à un syndrome du tunnel carpien (rapport du 24 août 1993). Deux opérations successives de cure du tunnel carpien, les 6 septembre 1993 et 19 mai 1994, n'ont pas conduit à une amélioration durable des douleurs. Sur le plan professionnel, la [...] a mis l'assuré au bénéfice d'une pension d'invalidité temporaire compte tenu de l'incapacité de travail persistante présentée. Cette pension a par la suite été pérennisée.

Le 15 mai 1995, F._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 22 avril 1999, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI) a rejeté cette demande en se fondant essentiellement sur un rapport d'expertise du Dr [...], spécialiste en chirurgie de la main. Selon cet expert, l'assuré présentait, d'un point de vue somatique, une ténosynovite chronique des fléchisseurs à l'avant-bras distal, prédominante à droite, un status après décompression du nerf médian au poignet droit, après ténosynovectomie secondaire des fléchisseurs. Ces atteintes n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, n'impliquant pas de sollicitation répétitive en force des mains. En réalité, selon le Dr [...], le problème majeur de l'assuré ne se situait pas au niveau somatique, mais au niveau psychique, avec une symptomatologie douloureuse somatoforme du membre supérieur droit entraînant une importante discrépance entre les troubles objectivement constatés aux membres supérieurs et les plaintes de l'assuré. Sans être un simulateur cynique, ce dernier paraissait dépourvu de la capacité de prendre tout recul par rapport à sa situation et de remettre en question les mécanismes défensifs qui lui permettaient de justifier et entretenir son état.

Le 12 octobre 2000, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis un recours contre la décision de l'OAI du 22 avril 1999 et a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1996 (cause AI 87/99). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois annulé ce jugement et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (TFA I 719/00 du 10 septembre 2001).

b) A la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, l'OAI a désigné le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 6 septembre 2002, ce médecin a constaté un trouble de l'anxiété généralisée de sévérité légère à moyenne, un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale de gravité légère, avec probable majoration des plaintes, ainsi qu'une personnalité à traits obsessionnels et dépendants. Il a évalué la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité physiquement adaptée à 50 à 60 %.

Par décision du 9 juillet 2004, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente pour la période du 1^{er} février au 30 avril 2002, puis une demie rente dès le 1^{er} mai 2002. Il a notamment considéré que l'assuré pouvait désormais réaliser un revenu de 31'655 fr. en exerçant, à 60 %, une activité physiquement adaptée. L'assuré a fait opposition à cette décision.

Pendant la procédure d'opposition, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire par le Centre d'expertise médicale (CEMed), à [...]. Donnant suite à ce mandat dans un rapport du 13 janvier 2006, les Drs [...], spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et [...], spécialiste en psychiatrie, ont posé les diagnostics de maladie de Dupuytren palmaire à droite, stade I, de ténosynovite chronique des fléchisseurs de la main, de status après cures de tunnel carpien à droite avec signes irritatifs résiduels, de troubles statiques rachidiens modérés assortis de discrètes atteintes dégénératives, et de trouble de l'anxiété généralisée de sévérité légère à moyenne dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Les experts ont considéré que ces atteintes à la santé n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité physiquement adaptée, permettant d'éviter les mouvements répétitifs en

flexion/extension de la main droite, les engins à vibrations et les mouvements de préhension en force ou pour soulever des charges supérieures à 10 kg de la main droite.

Le 17 juillet 2006, l'OAI a informé l'assuré d'une possible réformation de la décision du 9 juillet 2004 à son détriment, dans le sens d'un refus de toute prestation de l'assurance-invalidité. Le 25 juillet 2006, l'assuré a retiré son opposition à la décision du 9 juillet 2004, qui est entrée en force.

c) Le 6 novembre 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire pour la révision du droit à la rente. Le Dr G._____, psychiatre traitant de l'assuré, a fait état d'un trouble de l'adaptation chronique non spécifié, d'une personnalité passive et dépendante, d'une maladie de Dupuytren palmaire droite, d'une ténosynovite chronique des fléchisseurs de la main droite, d'un status après cure du tunnel carpien droit avec signes irritatifs résiduels, et, depuis 2009, d'un syndrome lombo-vertébral et de lombosciatalgies droites sur une volumineuse protubérance discale. Il a notamment exposé qu'il suivait l'assuré depuis mars 2002 et avait mis en place un traitement antidépresseur initial de Surmontil, puis de Paroxetine, qui avait permis de stabiliser relativement l'état de l'assuré et de le soutenir dans les divers épisodes médicaux et assécurologiques qu'il avait traversés. En été 2005, l'assuré était retourné vivre au [...], mais revenait régulièrement en Suisse pour quelques jours, visites durant lesquelles le Dr G._____ organisait un rendez-vous. Sur le plan psychique et relationnel, l'assuré continuait, comme par le passé, à vivre une vie étriquée, partiellement en marge de la famille et des autres en général, s'essayant parfois à quelques travaux de jardinage ou d'agriculture auxquels il devait renoncer en raison de ses douleurs au membre supérieur droit et, plus récemment aussi, de ses lombosciatalgies. Son univers mental était essentiellement centré sur ses problèmes physiques divers et les souffrances et limitations qui en résultaient. Il avait de toute évidence renoncé à toute ambition personnelle de quelque nature que ce soit. L'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé «à bas niveau», le pronostic quant à une

éventuelle reprise du travail étant défavorable car l'assuré ne disposait pas, de toute évidence, des ressources psychiques permettant d'envisager et encore moins de commencer à élaborer une telle éventualité, même dans un contexte adapté (rapport du 10 janvier 2013).

L'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation pour une expertise pluridisciplinaire. Les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, [...], spécialiste en rhumatologie, et [...], spécialiste en psychiatre, se sont chargés de cette expertise. Dans un rapport du 25 août 2014, ils ont fait état de lombosciatalgies L5 droite chroniques irritatives et non déficitaires sur hernie discale L4-L5, de ténosynovite chronique des fléchisseurs de la main droite avec status après deux cures de tunnel carpien, de maladie de Dupuytren de la main droite, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation). Selon les experts, ces atteintes n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité physiquement adaptée, c'est-à-dire une activité légère, n'imposant pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, de port de charges de plus de 5 kg, de manipulations fines de la main droite, de travaux en hauteur sollicitant les membres supérieurs ni de déplacements prolongés ou en terrain irrégulier. Il lui était nécessaire de pouvoir alterner les positions.

Le 30 mars 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité dont il était titulaire. L'assuré a contesté ce projet en produisant notamment un rapport du 20 juillet 2015 de son psychiatre traitant au [...], le Dr [...]. Ce dernier y pose le diagnostic de réaction dépressive prolongée et de trouble de la personnalité dépendante, entraînant des changements régressifs des capacités cognitives, affectives et volitives, avec une importante régression de la personnalité, des modifications du comportement et différentes comorbidités organiques. La maladie s'aggravait jour après jour compte tenu de son évolution prolongée et entraînait une incapacité de travail totale. L'assuré a également produit un rapport du Dr G._____, du 10 avril 2015, dans lequel celui-ci expose que l'expertise de la Clinique

romande de réadaptation posait un diagnostic incomplet, dès lors qu'elle ne mentionnait pas la personnalité à traits obsessionnels et dépendants évoquée par le Dr K._____. Il convenait d'y ajouter celui de personnalité fruste, aux ressources psychiques limitées. Celui-ci était essentiel pour évaluer la situation et l'avenir professionnel de l'assuré. Le Dr G._____ se réfère pour le surplus à l'échec des tentatives de réadaptation effectuées dans les années 1995 et 1996, aux termes desquelles les spécialistes en réadaptation avaient notamment constaté que l'atteinte physique et l'absence de formation empêcheraient toute réadaptation dans un secteur qui supposerait une activité de type manuelle, avec le constat d'un «renoncement» de l'assuré à réagir à sa situation, de « l'absence totale de motivation qui laissait à croire que [l'assuré] ne fera rien pour favoriser une très hypothétique réinsertion professionnelle ». Ces constats restaient parfaitement d'actualité pour le Dr G._____, l'assuré n'ayant quasiment pas évolué sur le plan psychique depuis lors. Le travail du psychiatre avait essentiellement consisté à traiter la composante dépressive, sans pouvoir mobiliser chez l'assuré l'ambition d'une quelconque amélioration de la situation. Le Dr G._____ concluait son rapport en suggérant de tenter une procédure de réadaptation, dont le probable échec démontrerait non pas la mauvaise volonté de son patient, mais résulterait de ses troubles psychiques et physiques et en constituerait la preuve. L'assuré a produit, enfin, entre autres documents, un rapport du Dr Q._____, du 17 août 2015, que celui-ci conclut comme suit :

« [...] le problème actuel n'est pas neurologique, mais certainement rhumatologique et psychiatrique. Il est clair qu'il y a peu ou pas à mon avis d'espoir que ce patient puisse retrouver une activité adaptée dans la vie réelle et dans la réalité économique d'aujourd'hui. Toutefois, l'AI ne prend pas en considération la dimension sociale et s'arrête sur une capacité résiduelle théorique dans une activité adaptée. Dans ce cadre juridique, il est impossible d'argumenter sur un plan purement médical et humain.

Pour ma part, il me paraît clair que ce patient ne pourra jamais reprendre une activité professionnelle et ceci d'autant plus qu'il est déjà clairement «enkysté» dans un syndrome douloureux qui est devenu assez généralisé. Il y a plus certainement des répercussions psychiatriques qui dépassent le domaine d'expertise et qui jouent vraisemblablement un rôle important dans son impotence ».

L'OAI a procédé à une comparaison des revenus et a constaté que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé un revenu de 80'439 fr. en 2015 alors qu'il aurait pu réaliser, la même année, un revenu de 59'070 fr. en exerçant à 100 % une activité adaptée à ses atteintes à la santé physique. Il en résultait un taux d'invalidité de 27 % (fiche REA - Calcul du salaire exigible, du 4 mars 2015).

Compte tenu de ces constatations, l'OAI a mis fin, pour l'avenir, à la rente dont l'assuré était titulaire, par décision du 12 septembre 2016. La suppression de la rente devait prendre effet le 1^{er} jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

B. F. _____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, le 30 janvier 2017. Il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et, en substance, au maintien du droit à une demie rente de l'assurance-invalidité, sous suite de frais et de dépens.

L'intimé a produit son dossier et a proposé le rejet du recours, le 20 mars 2017.

Les parties se sont encore déterminées les 4 mai 2017 (recourant) et 19 mai 2017 (intimé). Le recourant a produit une lettre du 2 novembre 2016 de la Caisse de pensions [...] l'informant du maintien, sans changement, de la pension d'invalidité qui lui avait été allouée précédemment.

E n d r o i t :

1. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), et en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le délai de recours est de 30 jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, la date exacte de notification de la décision du 12 septembre

2016 n'est pas établie. Le recourant soutient, de manière plausible au vu des échanges de correspondances au dossier, ne pas l'avoir reçue avant le 20 décembre 2016. A défaut pour l'autorité intimée d'avoir pu établir plus précisément la notification, il convient de se référer à cette date. Compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 et 60 al. 2 LPGA), le recours a été déposé en temps utile.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est par ailleurs le tribunal compétent *ratione materiae* (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) pour connaître des recours contre les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud.

2. Le litige porte sur le droit du recourant au maintien d'une demie rente d'invalidité pour la période postérieure à la décision litigieuse. Le recourant conteste la suppression du droit aux prestations en alléguant que son état de santé n'a pas changé depuis la décision initiale d'octroi de la rente. En l'absence de tout élément nouveau, l'intimé n'était donc pas en droit de procéder à une révision du droit aux prestations. Ce grief, qui se réfère aux motifs de révision prévus par l'art. 17 LPGA, est manifestement infondé. En effet, l'intimé n'a pas fondé la révision sur l'art. 17 LPGA, mais sur l'alinéa 1 de la lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet).

3. a) Aux termes de l'alinéa 1 de la lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas remplies.

b) Par l'adoption de cette disposition, le Parlement fédéral a souhaité que la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'assurés présentant un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, telle qu'elle était connue à l'époque de l'adoption de cette modification, puisse fonder un réexamen du droit à des rentes d'invalidité qui avaient été allouées avant l'adoption de cette jurisprudence, indépendamment des conditions ordinaires de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA. En d'autres termes, il s'agissait de permettre de réviser le droit aux prestations, même en l'absence de toute modification de l'état de santé de la personne assurée ou de toute autre modification de sa situation personnelle, pour tenir compte des critères plus sévères d'appréciation de la capacité résiduelle de travail désormais posés par la jurisprudence fédérale exposée, notamment, à l'ATF 130 V 352. Selon cette jurisprudence, un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique était présumé ne pas être invalidant, à moins que divers critères restrictivement définis par le Tribunal fédéral fussent remplis.

Postérieurement à l'adoption de cette modification législative, le Tribunal fédéral a abandonné cette présomption et a nuancé sa jurisprudence. Il exige désormais, dans les situations où la capacité (ou l'incapacité) de travail d'un assuré souffrant d'atteinte à la santé psychique ne peut être d'emblée clairement constatée, qu'un expert psychiatre se détermine et structure ses constatations en se référant à divers indicateurs objectifs (ATF 143 V 409 ; ATF 143 V 418 ; ATF 141 V 281). 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 (ATF 141 V 281, consid. 4.3).

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 (ATF 141 V 281, consid. 4.4).

c) En cas de révision d'une rente en cours, fondée sur les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI, cette nouvelle jurisprudence trouve désormais application. Toutefois, les expertises mises en oeuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient plutôt de se

demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 c. 8).

4. a) En l'espèce, les pièces médicales au dossier établissent clairement que le recourant présente des atteintes à la santé physique qui contre-indiquent certaines activités professionnelles, mais n'entraînent pas d'incapacité de travail dans une activité légère n'imposant pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, de port de charges de plus de 5 kg, de manipulations fines de la main droite ou de mouvements répétitifs en flexion/extension de cette main, l'usage d'engins à vibrations, les travaux en hauteur sollicitant les membres supérieurs ni les déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, et permettant l'alternance des positions. Aucun des rapports médicaux au dossier ne permet de constater une incapacité de travail notable dans des activités respectant ces limitations fonctionnelles en raison d'une atteinte objective à la santé physique. Tel était déjà le cas au moment de la décision initiale d'octroi de la rente, étant toutefois précisé que certaines des limitations constatées ci-avant sont apparues depuis lors en raison de nouvelles atteintes à la santé aux épaules et au dos. Il n'en reste pas moins qu'à l'époque, comme aujourd'hui, les atteintes à la santé physique laissent subsister une pleine capacité de travail dans un éventail relativement large d'activités professionnelles, avec une capacité résiduelle de gain excluant le droit à une rente d'invalidité.

b) Les motifs pour lesquels l'OAI a alloué à l'époque une (demie) rente d'invalidité au recourant résident dans les atteintes à la santé psychique constatées par le Dr K. _____ et qui entraînaient selon ce médecin une incapacité de travail de l'ordre de 40 à 50 % même dans une activité physiquement adaptée. Ces atteintes sont, dans une large mesure, et à quelques nuances près, également constatées par les

médecins du CEMed et par ceux de la Clinique romande de réadaptation, dans les expertises qu'ils ont réalisées ultérieurement, étant toutefois précisé que ces médecins ne partagent pas, en revanche, la même appréciation de la capacité de travail que le Dr K._____. Les atteintes à la santé psychique sont, selon le Dr K._____, un trouble de l'anxiété généralisée de sévérité légère à moyenne et d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale de gravité légère, avec probable majoration des plaintes, ainsi qu'une personnalité à traits obsessionnels et dépendants. Pour les médecins du CEMed, il s'agit d'un trouble de l'anxiété généralisée de sévérité légère à moyenne dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Enfin, pour les médecins de la Clinique romande de réadaptation, il s'agit d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologique. L'ensemble des médecins consultés s'accorde à émettre un pronostic défavorable quant à une reprise du travail, mais les médecins du CEMed et ceux de la Clinique romande de réadaptation estiment que ce pronostic repose sur des facteurs étrangers à l'invalidité et que l'assuré disposerait, en soi, des ressources nécessaires pour reprendre une activité adaptée raisonnablement exigible. Aucun des experts ne procède selon la procédure probatoire prévue par les ATF 141 V 281 et suivants, puisque les rapports d'expertise sont antérieurs à ces arrêts. Comme on le verra ci-après, il est néanmoins possible de statuer sur la base des documents médicaux au dossier.

c) L'ensemble des rapports médicaux au dossier fait état d'une personnalité fruste, disposant de peu de capacité d'introspection, ainsi que d'un trouble anxieux important, plus particulièrement face à la nécessité d'une éventuelle reconversion professionnelle dont le pronostic serait rendu compliqué, indépendamment des atteintes à la santé psychique, par l'absence de formation professionnelle et le faible niveau de scolarité de l'assuré. Ce trouble anxieux constitue une comorbidité au trouble somatoforme douloureux, qui a pesé dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail par le Dr K._____. Les faibles capacités d'introspection et la personnalité à traits obsessionnels et dépendants

constituent également un facteur de pronostic défavorable à prendre en considération, de même que l'échec des traitements médicaux, qui ont tout au plus permis de stabiliser l'état de santé psychique de l'assuré. Le Dr K. _____ n'expose toutefois que très sommairement en quoi le trouble anxieux, dont il qualifie le degré de gravité de léger à moyen, entraîne une limitation fonctionnelle significative. Les autres experts consultés ne partagent d'ailleurs pas son avis sur ce point. Le Dr K. _____ qualifie également la gravité du trouble douloureux de «légère (à moyenne tout au plus)», souligne qu'il existe une majoration des symptômes pour des motifs qui, à l'évidence, sortent du champ médical. Il observe que l'assuré concède avec authenticité avoir un certain rendement dans une activité adaptée et qu'il peut prendre une certaine distance face à sa douleur, en développant toute une argumentation somme toute fort logique sur ses réticences à intégrer le monde du travail (crainte de ne pas retrouver un emploi adapté avec une rémunération équivalente, crainte d'être licencié peu après en raison d'un manque de rendement et de perdre ses droits acquis, notamment financiers, conscience de l'absence de formation professionnelle et de l'illettrisme, qui lui ferment l'accès à un nombre considérable d'emplois, formulation par soi-même de quelques propositions d'emploi). Au final, le Dr K. _____ indique que l'exigibilité est «essentiellement» conditionnée par des facteurs extra-médicaux (absence de formation professionnelle, illettrisme, problèmes linguistiques, conditions du marché du travail actuel), mais conclut néanmoins à une incapacité de travail de l'ordre de 40 à 50 % en raison de la conjonction du trouble anxieux, du trouble somatoforme et de la personnalité à traits obsessionnels et dépendants, sans véritable explication sur ce point. En procédant ainsi, le Dr K. _____ n'établit pas de manière convaincante la gravité des limitations fonctionnelles provoquées par les atteintes à la santé constatées et, partant, l'incapacité de travail qu'il atteste.

En ce qui concerne la cohérence entre les atteintes à la santé et leur répercussion alléguée sur la capacité de travail, d'une part, et les constatations objectives des médecins ainsi que la répercussion des atteintes sur la vie quotidienne, plusieurs indicateurs ne plaident pas en

faveur d'une incapacité de travail. Le Dr K._____ observe lui-même que l'assuré a rapidement adopté un «statut de futur invalide», non au motif de l'apparition d'une grave pathologie psychiatrique, mais vraisemblablement du fait que la position de malade offrait de nombreuses solutions à des problèmes de réalité. A ce titre, il n'avait montré que peu d'intérêt lors d'un stage de réadaptation professionnelle, faisant preuve d'une forme de résistance passive. L'assuré présentait par ailleurs des symptômes à caractère «finaliste» dans la mesure où il semblait complètement négliger sa main droite lorsqu'il s'agissait de fournir un effort pour le travail, alors qu'il pouvait réaliser avec les deux mains de nombreuses activités non professionnelles. Les experts du CEMed ont également observé une gestuelle prompte, harmonieuse, notamment du membre supérieur droit dominant, régulièrement utilisé normalement et de préférence pour feuilleter son dossier, ressortir les éléments importants que l'assuré présentait avec une préhension normale de la main, un mouvement d'abduction-antépulsion global du bras en direction du bureau. Dans le même sens, ils ont observé une gestuelle et une coordination bimanuelle correctement réalisées lors de l'habillage ou du déshabillage. En résumé, l'assuré se montrait démonstratif, cherchant à convaincre que son bras droit n'était plus utilisable, alors que dans le même temps, toute sa gestuelle était normale. Les experts du CEMed ont par ailleurs estimé que les capacités de décision, de gestion des problèmes, de projection dans l'avenir étaient préservées. Globalement, ces différents éléments ne corroborent pas l'incapacité de travail de 40 à 50 % attestée par de Dr K._____ mais étayent, de manière probante, l'absence d'incapacité de travail dans une activité physiquement adaptée, constatée par les experts du CEMed et de la Clinique romande de réadaptation. Les autres documents médias produits par l'assuré ne permettent pas davantage de constater une incapacité de travail. En particulier, on ne saurait voir, dans l'échec des stages professionnels, la preuve d'une incapacité de travail fondée sur une atteinte à la santé physique ou psychique (cf. rapport du Dr G._____ du 15 avril 2015).

5. Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à constater que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité

physiquement adaptée. Le recourant ne conteste pas, pour le surplus, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, qui ne prête pas flanc à la critique et qui conduit à constater un taux d'invalidité de 27 % n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI). En l'absence de griefs, il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail. Le recourant ne soutient par ailleurs pas, à juste titre, qu'il remplirait l'une des conditions excluant toute suppression du droit aux prestations fondée sur la révision 6a de la LAI, mentionnées à la lettre a, alinéa 4, de la modification du 18 mars 2011.

6. Le recourant voit ses conclusions rejetées. Les frais de justice sont donc à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI) et il ne peut pas prétendre de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, fixés à 400 fr., sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damond, avocat à Lausanne (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :