

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Céline Desscan, avocate à Yverdon-les Bains,

et

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

Art. 6 ss LPGA : 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un CFC de ramoneur, magasinier sans formation, a présenté à compter du 30 avril 2012 une incapacité de travail totale, puis de 50 % dès le 1^{er} août 2012, date à laquelle il a repris son activité à 50 %. Il a déposé le 23 octobre 2012 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'un infarctus du myocarde survenu le 30 avril 2012.

Dans un rapport du 9 décembre 2012 au Dr J. _____, médecin conseil auprès de M. _____, assureur perte de gain de l'employeur, la Dresse C. _____, médecin traitante de l'assuré, a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique (infarctus STEMI et pose d'un stent non actif le 30 avril 2012), d'obésité modérée, de douleurs des membres d'origine indéterminée (diagnostic différentiel : polyneuropathie éthylique, myopathie ou autre pathologie des parties molles), de fibromyalgie, de goutte, de gonarthrose interne bilatérale, de déficit en vitamine D, de trouble anxio-dépressif récurrent, ainsi que de difficultés liées à la consommation d'alcool avec une ancienne consommation massive d'alcool et une abstinence depuis mai 2012. Elle a en outre relevé ce qui suit s'agissant de la capacité de travail :

« 4) Raisons médicales et/ou limitations fonctionnelles contribuant à une quelconque incapacité de travail :

a. Sur le plan cardiologique aucune limitation n'entrave à l'heure actuelle la reprise du travail à 100 %.

b. Par contre, la pathologie algique dont souffre M. Q. _____ impose encore à l'heure actuelle une reprise [de l'activité] actuelle à 50 % maximum. Je peux affirmer que c'est en raison des douleurs et de l'importante fatigabilité de M. Q. _____ que j'ai dû prolonger l'incapacité de travail à 50 % au-delà du 17 juillet 2012.

Je n'ai aucune idée de l'évolution possible des polyalgies. Il est vrai que M. Q. _____ n'a pu m'avouer la gravité de son alcoolisme qu'en date du 26 novembre 2012. Auparavant, il a toujours minimisé sa consommation, alors qu'elle s'élevait à 20 unités d'alcool par jour durant 30 ans. Le patient étant abstinent à l'alcool depuis mai 2012, je pense toutefois que la pathologie algique peut être en lien avec le

sevrage à l'alcool et à une probable polyneuropathie d'origine alcoolique.

5) Une reprise du travail le cas échéant par paliers progressifs est-elle envisageable, dans la négative, prière de détailler vos arguments :

Pour l'instant, une reprise progressive d'une activité à 100 % me semble impossible, mais je conserve l'espoir de voir une amélioration de la symptomatologie algique, ceci à condition bien sûr que les dégâts neurologiques ne soient pas définitifs. Je souhaite que vous puissiez nous autoriser à réévaluer la situation dans 3 à 6 mois, avec un maintien d'une capacité de travail à 50 % durant cette période. »

Dans un rapport du 22 janvier 2013 à la Dresse C._____, la Dresse V._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec dysbalance musculaire, de fibromyalgie (diagnostic différentiel : tunnel carpien, polyneuropathie éthylique), de gonarthrose interne (status après ostéotomie de valgisation en 2002 et 2003), d'épisodes de crise de goutte avec traitement d'Allopurinol, de cardiopathie ischémique, de trouble anxieux et dépressif récurrent, ainsi que d'ancienne consommation massive d'alcool. Elle a en outre fait état de ce qui suit :

« Monsieur Q._____ présente des arthralgies, myalgies diffuses, avec épisodes de crampes, dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, certainement associées à une dysbalance musculaire. Les éléments objectifs restent discrets ; l'ensemble du tableau évoque en effet une fibromyalgie, dans un contexte d'état anxieux très important, évoluant depuis plusieurs années. La situation s'est décompensée suite à la problématique cardiaque et ses conséquences, notamment le sevrage éthylique. Comme je vous l'avais déjà signalé par fax, un nouveau bilan neurologique avec la question d'un tunnel carpien, mais également d'une polyneuropathie est indiqué, ainsi qu'une appréciation psychiatrique. Monsieur Q._____ accepte ces deux propositions. Sur le plan thérapeutique, je ne peux que proposer la poursuite du traitement que vous avez déjà introduit. En l'état, une capacité de travail de 50 % me paraît justifiée. »

Dans un rapport du 8 mars 2013 à la Dresse C._____, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a constaté que sur le plan clinique, l'examen neurologique était à considérer comme normal, sans élément en direction d'une atteinte radiculaire, tronculaire, polyneuropathique ou musculaire. L'examen clinique avait été complété par un électroneuromyogramme (ENMG), lequel n'avait pas mis en

évidence d'atteinte significative. Le bilan ne faisait ainsi pas la démonstration d'une affection neurologique contribuant aux plaintes du patient.

Le 12 mai 2013, la Dresse C._____ a adressé l'assuré au Dr W._____, cardiologue, pour un bilan. Elle a indiqué que malgré une évolution très favorable sur le plan cardiologique, l'intéressé ne travaillait toujours qu'à 65 % depuis le 1^{er} janvier 2013 en raison d'importantes douleurs des membres, en particulier dans les épaules, les mains, les pieds et les cuisses. Elle a précisé que depuis qu'elle connaissait l'assuré, soit dès août 2008, il s'était toujours plaint de douleurs mal systématisées et sans signe clinique évident. Il avait toutefois présenté à quelques reprises des crises de goutte aux pieds cliniquement indéniables. En juin 2012, elle avait posé un diagnostic de fibromyalgie sur la base de la palpation de 15 points positifs sur les 18 points diagnostiques de la maladie. Un traitement avait été instauré, sans réel bénéfice. Les investigations effectuées tant sur le plan sanguin que chez les Drs V._____ et G._____ n'avaient apporté aucune piste diagnostique, l'amenant à retenir un probable trouble somatoforme douloureux versus un syndrome fibromyalgique sévère.

Dans un rapport du 18 juillet 2013 au Dr J._____, la Dresse C._____ a informé que la prolongation de l'incapacité de travail de l'assuré était liée aux diagnostics de syndrome fibromyalgique (avec fatigue chronique, douleurs des muscles des membres sous forme de brûlures et douleurs des insertions tendineuses et tensions cervico-scapulaires), de trouble anxio-dépressif récurrent, ainsi que de difficultés liées à la consommation d'alcool avec une abstinence depuis mai 2012. Elle a ajouté que depuis la décision du Dr J._____ de « forcer » son patient à travailler à 65 % à partir du 1^{er} janvier 2013, il en résultait une augmentation des douleurs ressenties et une importante fatigue, de sorte qu'en dehors de ses heures de travail, il passait son temps à dormir.

Dans un rapport à l'OAI du 1^{er} août 2013, le Dr N._____, psychiatre traitant depuis le 22 avril 2013, a posé les diagnostics avec

effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F 10.2), ainsi que de fibromyalgie. Ces diagnostics avaient été posés en juin 2013, ces troubles existant probablement depuis la fin de l'adolescence. Le spécialiste a relevé que les symptômes de l'assuré étaient survenus à la suite de son sevrage. Ils se manifestaient également sur le plan somatique. Le patient présentait une alexithymie et une intolérance à l'incertitude, laquelle amplifiait sa sensibilité au stress. Les facteurs de stress eux-mêmes amplifiaient sa symptomatologie. Il existait une interaction entre les symptômes présentés et ceux de la fibromyalgie. Le patient semblait actuellement atteindre ses limites au niveau de la gestion de ses symptômes et de son activité professionnelle. Cela se manifestait particulièrement du point de vue des troubles du sommeil, de l'asthénie et de la perte de l'élan vital. Le pronostic était incertain car l'évolution des douleurs liées à la fibromyalgie jouait un rôle important par rapport à la capacité de travail du patient et exerçait une influence sur la symptomatologie psychiatrique. Les restrictions étaient une fatigabilité, des difficultés de concentration, une hypersensibilité au stress, ainsi que des douleurs musculaires. L'incertitude liée au travail représentait un facteur de stress élevé, qui se traduisait par une augmentation des douleurs musculaires et gastriques, ainsi que de la fatigue et des troubles du sommeil. Par ailleurs, la charge physique du travail de magasinier produisait également une augmentation des douleurs musculaires et de la fatigue. L'activité exercée était exigible à un taux de 50 % pour une durée encore indéterminée.

Par avis médical du 20 août 2013, la Dresse S._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué qu'au vu de la tentative de reprise du travail à 65 % qui avait par la suite échoué, elle s'alignait sur la proposition du psychiatre traitant, soit une capacité de travail à 50 %. Un nouveau rapport devrait être demandé à celui-ci à la fin de l'année.

Le 9 décembre 2013, l'OAI a été informé du licenciement de l'assuré.

Dans un rapport à l'OAI du 13 décembre 2013, le Dr N. _____ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis août 2013. La capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours de 50 %, celle dans une activité adaptée restant à évaluer. Les raisons justifiant cette capacité limitée étaient les mêmes que celles mentionnées dans le rapport précédent. Les limitations fonctionnelles consistaient en une hypersensibilité au stress, des difficultés relationnelles, des difficultés dans la gestion des émotions se manifestant sur le plan somatique, de même que des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne et à reconnaître la maladie (alexithymie).

A la demande de l'OAI d'indiquer si l'assuré avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée (légère, sans effort, sédentaire), la Dresse V. _____ a répondu le 10 mars 2014 qu'elle avait retenu dans son rapport du 22 janvier 2013 une capacité de travail de 50 %.

Le 2 mai 2014, la Dresse S. _____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise aux plans rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

Dans un rapport du 20 mars 2015 à la Dresse C. _____, le Dr X. _____, spécialiste en neurologie, a constaté que l'assuré présentait des symptômes évoquant un trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA).

Dans un rapport du 24 juin 2015 à la Dresse C. _____, le Dr X. _____ a indiqué que selon les dires du patient, le diagnostic d'un possible THADA avait probablement été validé par le Dr N. _____, qu'il avait été mis sous Concerta et qu'il avait noté un changement important, avec une augmentation claire de sa concentration dans le cadre du travail. L'assuré arrivait désormais à finir des tâches auxquelles il renonçait autrefois, son esprit lui paraissant beaucoup plus clair. Le Dr X. _____ a ajouté que la polysomnographie effectuée le 11 mai 2015, dont le rapport

était joint, avait montré d'une part l'absence de syndrome d'apnées du sommeil, d'autre part un sévère syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques durant le sommeil.

L'expertise pluridisciplinaire a été confiée au R._____. L'assuré a été examiné le 16 juillet 2015 par les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, et B._____, spécialiste en rhumatologie, et le 17 juillet 2015 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Des examens sanguins et des radiographies des genoux ont été effectués. Dans leur rapport du 28 septembre 2015, les experts n'ont retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Sans répercussion sur ladite capacité, ils ont posé ceux de fibromyalgie (M79.7) / syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), de syndrome des jambes sans repos, d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.00 à F32.10) prenant une caractéristique chronique, de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de trouble panique (F41.0) en 2012 en rémission, de syndrome de dépendance à l'alcool avec abstinence depuis 2012 (F10.20), de coronaropathie (status après implantation d'un stent en 2012), d'obésité de degré I, ainsi que de troubles dégénératifs discrets aux niveaux cervical et lombaire. Les experts ont retenu une capacité de travail totale dans l'activité habituelle.

Par ailleurs, ils ont relevé ce qui suit :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'affection cardiaque est asymptomatique, mais justifie une longue liste de médicaments. L'obésité est stable depuis plusieurs années.

La seule affection pouvant interférer avec sa capacité de travail est le syndrome des jambes sans repos, mais cette affection peut être traitée.

Il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur Q._____ présente depuis trois ans et suite à son infarctus, des douleurs ostéoarticulaires diffuses entrant dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique si l'on se réfère aux critères diagnostiques de l'ACR [American college of rheumatology] (1990-2010) : présence de douleurs diffuses touchant l'ensemble du rachis et les 4 extrémités, de 16/18 points de Smith positifs, d'un état de fatigue, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs. Le diagnostic de fibromyalgie est en partie un diagnostic

d'exclusion, qui peut être retenu en l'absence d'éléments somatiques objectivables et handicapants.

Dans le cas présent, les examens sanguins n'ont pas révélé de maladie rhumatismale/inflammatoire ni de troubles hormonaux ou métaboliques pouvant expliquer les douleurs. Quant au bilan d'imagerie, il ne montre que des troubles dégénératifs modestes, si l'on se réfère aux radiographies de 2012 montrant, au niveau cervical, une discarthrose C4-C5 modérée et, au niveau lombaire, un minime pincement L5-S1, une spondylose discrète en L4. Les radiographies des mains n'ont également montré aucune pathologie objectivable. De nouvelles radiographies des genoux en charge ne montrent pas d'atteinte dégénérative significative avec des espaces articulaires préservés, seuls des minimes ostéophytes peuvent parler tout au plus en faveur d'une arthrose débutante.

En conclusion, l'expertisé ne présente pas d'atteinte justifiant un handicap professionnel, raison pour laquelle nous ne retenons ni limitations fonctionnelles, ni restriction de la capacité de travail.

Sur le plan psychique, l'expertisé se plaint, depuis son infarctus de 2012, de symptômes dépressifs et, depuis environ 3 ans, de symptômes anxieux. Concernant ceux-là, l'humeur est dite dépressive en permanence d'une intensité entre 5 et 7/10, et sont décrits une tendance au repli social, une libido basse, des troubles de l'endormissement attribués au syndrome des jambes sans repos, un sommeil léger et non réparateur, parfois des levers nocturnes pour manger, une fatigue permanente d'intensité maximale de 7/10, une estime et confiance en soi faibles depuis l'adolescence, un pessimisme avec idées suicidaires occasionnelles. Il y a environ 3 ans, durant 6 mois, l'expertisé a présenté des attaques de panique dans les grands magasins et les transports publics, pouvant durer 1 h ; il les attribue à l'arrêt de sa consommation d'alcool. Il a par ailleurs une phobie de l'ascenseur - mais n'évite pas systématiquement de le prendre -, et se dit inquiet pour tout : il reconnaît cependant que l'anxiété est mieux gérable dernièrement, grâce au traitement. Il relève que, durant l'enfance, il avait beaucoup de peine à suivre à l'école, à se concentrer ; il a toujours passé ses années à la raclette, il n'écoutait pas, ne faisait pas ses devoirs, car cela l'ennuyait. Depuis la prise de Concerta, il arrive à mieux se concentrer et est davantage persévérant.

Monsieur Q._____ se décrit comme un homme trop gentil, qui se laisse faire par les autres, qui a tendance à ne jamais refuser ce qu'on lui demande. D'ailleurs, sa femme lui a toujours reproché d'en faire trop, d'être trop disponible pour autrui. Il apprend progressivement à s'affirmer. Entre 16 et 19 ans, il dit avoir fait le couillon. Il a alors régulièrement participé à des bagarres, lorsqu'il était saoul durant des fêtes de village. Il a même mis le feu à un garage. Il explique cela par le fait qu'il se sentait malheureux et voulait se rendre intéressant. À cause de ses troubles du comportement, il a eu des problèmes avec la justice et a dû faire 15 jours de prison préventive. Il dit s'être assagi avec l'âge. De l'âge de 16 ans jusqu'en 2012, il a bu régulièrement jusqu'à 6 litres - voire plus - de bière par jour. Il n'a jamais consommé d'autres drogues.

La description des activités quotidiennes montre qu'il assume une conciergerie 12 heures par semaine, participe à la préparation des repas, gère l'administration du ménage, regarde la télévision jusqu'à 4 heures par jour, occasionnellement lit et surfe sur Internet, selon

les saisons pêche et cueille des champignons. Il fréquente quotidiennement un copain et son réseau Facebook.

Comme facteurs de stress, hormis les problèmes de santé physique, nous retenons les conflits entre les parents durant l'enfance et leur divorce à l'âge de 14 ans, une incarcération de deux semaines vers l'âge de 19 ans, le suicide du père en 1988, la rupture du lien avec sa mère depuis une trentaine d'années, et depuis 23 ans avec son frère, plus récemment les tensions avec son épouse et avec sa fille.

L'examen psychiatrique montre un homme obèse, plutôt négligé, légèrement déprimé. Il n'est pas ralenti et aucun trouble cognitif patent n'est constaté. Le contenu de la pensée est fixé sur les douleurs chroniques, la fatigue, ainsi que sur les problèmes familiaux et financiers. Le dosage plasmatique de la duloxétine montre un taux sanguin dépassant l'intervalle thérapeutique, compatible avec la forte posologie prescrite ; l'observance thérapeutique est donc bonne.

Nous retenons les diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.00 à F32.10) prenant une caractéristique chronique depuis 2012, de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) existant probablement depuis l'enfance, de syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent depuis 2012 (F10.20), enfin de trouble panique (F41.0) en 2012 en rémission.

Enfin, il est retenu également un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ce trouble somatoforme n'est pas accompagné d'un trouble psychiatrique de l'axe I ni de l'axe II (troubles de la personnalité) suffisamment sévère pour priver l'assuré de ses ressources internes. Concernant son contexte social, l'assuré a pris de la distance avec sa famille d'origine depuis plus de 20 ans, il vit des tensions dans son couple et avec sa fille depuis qu'il est malade. Néanmoins, il ajoute que la relation avec sa femme n'est pas foncièrement mauvaise, il reste proche de ses deux fils adultes et garde des contacts réguliers avec un copain. Nous relevons aussi que Monsieur Q._____ a réussi à se sevrer seul de l'alcool, ce qui démontre aussi la présence de bonnes ressources.

Nous n'avons pas noté d'incohérences entre les plaintes de l'expertisé et sa description de sa vie quotidienne.

La capacité de travail est complète en temps et rendement. »

Le 22 octobre 2015, la Dresse S._____ du SMR a invité les experts à compléter leur rapport compte tenu de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015.

Dans un rapport SMR du 22 février 2016, la Dresse S._____ a retenu une capacité totale de travail. Elle a en outre fait état de ce qui suit :

« Nous devons reconnaître l'absence formelle et bien démontrée de toute pathologie psychiatrique incapacitante comme déjà expliquée par l'expert H._____, le 17.07.2015 ; l'expertisé se plaint depuis son infarctus d'avril 2012, de symptômes dépressifs et anxieux, une fatigue permanente d'intensité maximale de 7/10, une estime et

confiance en soi faibles depuis l'adolescence ; il existe également une phobie de l'ascenseur, mais il n'évite pas systématiquement de le prendre et reconnaît finalement, que l'anxiété est mieux gérable dernièrement grâce au traitement ; puis, depuis la prise de Concerta®, il arrive à mieux se concentrer et est davantage persévérant (p. 17/20). L'expert n'a pas constaté d'incohérences entre les plaintes de l'expertisé et sa description de sa vie quotidienne et au final, retient "un épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.0 à F32.10), prenant une caractéristique chronique depuis 2012, de perturbations de l'activité et de l'attention (F90.0) existant probablement depuis l'enfance, une addiction à l'alcool, abstinent depuis 2012 et trouble panique depuis 2012, en rémission (F41.0)". Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant, ce dernier n'est pas accompagné d'un trouble psychiatrique de l'axe I, ni de l'axe II (trouble de la personnalité) suffisamment sévère pour priver l'assuré de ses ressources internes. Sur le plan social, même si l'assuré a pris de la distance avec sa famille d'origine depuis plus de 20 ans, même s'il y a des tensions dans son couple et avec sa fille depuis qu'il est malade, néanmoins, il ajoute que la relation avec sa femme n'est pas forcément mauvaise, il reste proche de ses deux fils adultes, garde des contacts réguliers avec un copain (chaque jour), il est sur "facebook" et il a réussi à se sevrer seul de l'alcool, ce qui démontre aussi la présence de bonnes ressources.

Tous ces éléments permettent d'affirmer, selon les critères de l'Arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, que le trouble somatoforme, sans comorbidité psychiatrique incapacitante est bien lui aussi non incapacitant.

Au final, nous suivons toujours les conclusions des experts, telles que formulées ci-dessus, elles sont justes et convaincantes. »

Par projet de décision du 6 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, les renseignements médicaux disponibles ne faisant pas état d'une atteinte à la santé invalidante.

Le 11 août 2016, l'assuré s'est opposé au projet précité et a prié l'OAI de lui faire part des raisons ayant amené à refuser l'octroi d'une rente.

Par courrier du 4 octobre 2016 à l'OAI, le Dr N. _____ a relevé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 %. Il a en particulier expliqué que la composante anxieuse restait élevée et revêtait également une composante somatique importante avec, entre autres, des douleurs qui pouvaient devenir très envahissantes.

Par courrier du 9 octobre 2016 à l'OAI, la Dresse C._____ a indiqué qu'il n'était fait aucune mention des contractures musculaires dans l'expertise, alors qu'elle les objectivait à chaque consultation. Ces contractures avaient une incidence extrême sur la qualité de vie du patient puisqu'elles se renforçaient au moindre effort réalisé et l'avaient amené à abandonner la pêche qui était le loisir qui lui permettait de se détendre. Elles avaient certainement une relation avec la fibromyalgie dont il souffrait. C'étaient bien les douleurs corporelles diffuses, réellement invalidantes, qui avaient motivé une incapacité de travail jusqu'à ce jour. La Dresse C._____ a ajouté que l'épouse de l'assuré allait le quitter, que sa relation avec sa fille était très mauvaise et qu'il avait d'importants soucis financiers. S'agissant des diagnostics, elle a notamment retenu ceux de syndrome douloureux somatoforme et de fibromyalgie, en précisant que cette dernière atteinte était très active. L'intéressé n'était absolument pas en mesure d'assumer une activité professionnelle à 100 % et devait se voir attribuer une rente AI à 50 %. Il avait trouvé un emploi à 50 % en tant que responsable de l'entretien de terrains de football et de la gestion de la buvette. Lors de périodes de travail intense, il était à la peine tant sur le plan des douleurs que de la fatigue et mettait plusieurs jours à récupérer.

Par avis médical du 24 octobre 2016, la Dresse S._____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments cliniques convaincants attestant un changement de l'état de santé de l'assuré sur les plans psychiatrique, de médecine interne et de rhumatologie justifiant une diminution de la capacité de travail. Elle a ajouté que l'assuré avait une vie sociale normale, une hyperactivité stabilisée, un trouble panique en rémission, qu'il était abstinent depuis 2012 et, en se référant à son nouvel emploi, qu'il disposait de bonnes ressources adaptatives. Selon la Dresse S._____, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts du R._____, les avis précités des Drs N._____ et C._____ constituant une appréciation différente de la même situation.

Par décision du 24 février 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'un reclassement professionnel et d'une rente, au motif qu'aucun élément

objectif n'indiquait une limitation de la capacité de travail de l'assuré. Dans un courrier du même jour à l'intéressé, l'OAI a expliqué qu'il ne ressortait de l'expertise pluridisciplinaire aucun diagnostic l'empêchant d'exercer une activité lucrative. Par la suite, il n'avait apporté aucun élément attestant un changement de son état de santé.

B. Par envoi daté du 22 mars 2017 à l'OAI, Q._____ lui a fait savoir qu'il contestait intégralement la décision précitée. Il avait fait appel à sa protection juridique qui ne lui avait pas encore répondu. L'OAI a transmis cette écriture à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Un délai a alors été fixé au recourant afin qu'il la complète. Le 12 avril 2017, dans le délai imparti, celui-ci a allégué que l'unique expertise au dossier datait de 2015, que son état s'était péjoré depuis, ce que les Drs C._____ et N._____ pouvaient confirmer, et qu'il était indispensable pour lui de se présenter une deuxième fois devant des médecins conseils neutres pour faire valoir un droit qui semblait être reconnu notamment par ses médecins.

Par décision du 16 mai 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mars 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Céline Desscan. Il a par ailleurs été astreint à verser une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} juin 2017.

Dans sa réponse du 25 juillet 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise du 28 septembre 2015 du R._____, ainsi qu'à l'avis du SMR du 24 octobre 2016, selon lequel il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise précitée vu l'absence d'éléments cliniques attestant une aggravation de la santé.

Le 27 octobre 2017, le recourant, par Me Céline Desscan, a précisé ses conclusions, soit principalement l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi à l'intimé pour complément d'instruction, subsidiairement sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente

d'invalidité dès le 30 avril 2012. Il a encore fait valoir, en substance, que l'expertise du R._____ n'était pas probante, dans la mesure où l'appréciation en lien avec les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'épisode dépressif léger à moyen était sommaire, les experts n'ayant notamment pas exposé les raisons les ayant amenés à s'écarter du diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique retenu par le Dr N._____. En outre, les experts n'avaient pas analysé tous les indicateurs développés par l'ATF 141 V 281. A titre subsidiaire, le recourant a procédé à l'examen desdits indicateurs et a conclu que, « combiné avec les rapports [de ses] médecins traitants », il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 50 %.

Le 16 novembre 2017, l'OAI a confirmé sa position.

Me Desscan a produit la liste de ses opérations le 11 décembre 2017.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (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 al. 1 LPGA).

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).

c) En l'espèce, le recours contre la décision du 24 février 2017 a été adressé le 22 mars 2017 à l'intimé, qui l'a transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence, conformément à l'art. 30 LPGA. Ce recours a donc été interjeté en temps utile (art. 39 al. 2 LPGA). Ayant été régularisé par acte du 12 avril 2017, il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, 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 (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 23 octobre 2012.

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 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 (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 (art. 16 LPGA).

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'AI, 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 (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 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 fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1).

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 (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux.

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, 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 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. En l'espèce, le recourant soutient qu'il n'est plus en mesure d'exercer une activité à un taux supérieur à 50 %. L'OAI ne partage pas cette appréciation, en se fondant sur le rapport d'expertise du R. _____ du 28 septembre 2015.

Il est constant que c'est à la suite d'un infarctus du myocarde survenu en avril 2012 que l'assuré n'a plus exercé son activité habituelle de magasinier au taux de 100 %. Toutefois, sur le plan cardiologique, il est établi et non contesté que la situation est stabilisée et qu'il n'existe à ce niveau aucune atteinte invalidante.

Afin d'éclaircir les différentes pathologies alléguées et leur interaction éventuelle, l'OAI a mis en œuvre une expertise

pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie.

Sur le plan somatique, s'agissant en premier lieu de la médecine interne, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts du R._____, selon lesquelles il n'y a pas d'incapacité de travail à retenir. Ils expliquent en effet que l'affection cardiaque est asymptomatique, que l'obésité est stable depuis plusieurs années et que le syndrome des jambes sans repos peut être traité. Ces observations concordent avec les autres éléments médicaux du dossier (cf. notamment rapports des 9 décembre 2012 et 18 juillet 2013 de la Dresse C._____, rapport du 24 juin 2015 du Dr X._____) et n'ont au demeurant pas été contestées par le recourant.

Sur le plan rhumatologique, les experts du R._____ ont effectué un examen complet, comprenant notamment un examen de l'assuré, des analyses sanguines, ainsi qu'une étude de l'imagerie disponible et des radiographies des genoux réalisées dans le cadre de l'expertise. Les experts ont constaté que les examens sanguins n'avaient pas révélé de maladie rhumatismale ou inflammatoire, ni de troubles hormonaux ou métaboliques pouvant expliquer les douleurs. En outre, le bilan d'imagerie n'avait montré que des troubles dégénératifs modestes. Ils ont ajouté que les nouvelles radiographies des genoux ne présentaient pas d'atteinte dégénérative significative, mais seulement des minimes ostéophytes pouvant parler tout au plus en faveur d'une arthrose débutante. Les experts ont dès lors conclu que l'assuré ne présentait pas d'atteinte - objective - justifiant un handicap professionnel sur le plan rhumatologique, ce qui n'est d'ailleurs contredit par aucun autre rapport médical. Ils ont toutefois retenu, en l'absence d'éléments somatiques objectivables et handicapants, un diagnostic de fibromyalgie. La rhumatologue V._____ a également posé ce diagnostic, au vu des éléments objectifs discrets et de l'ensemble du tableau (cf. rapport du 22 janvier 2013). Cette atteinte est traitée au considérant 5b ci-dessous.

Au plan neurologique, les experts du R._____ ont constaté que l'assuré présentait une perturbation de l'activité de l'attention existant probablement depuis l'enfance et un syndrome des jambes sans repos, n'ayant cependant aucun effet sur la capacité de travail. Dans leur appréciation, ils ont tenu compte des observations des 20 mars et 24 juin 2015 du Dr X._____, qui faisait état d'un THADA traité par Concerta, traitement qui avait de l'avis de l'assuré apporté un changement important, avec une augmentation claire de la concentration, lui permettant d'effectuer des tâches auxquelles il renonçait autrefois, son esprit lui paraissant plus clair. Quant au syndrome des jambes sans repos, également diagnostiqué par le Dr X._____, ce spécialiste a suggéré l'introduction à dose progressive de Lyrica (cf. rapport du 24 juin 2015). Comme relevé par les experts du R._____, ce syndrome peut donc être traité. Par ailleurs, le Dr X._____ n'a pas non plus fait état d'une limitation de la capacité de travail. Il convient ainsi de retenir que la capacité de travail de l'assuré est totale sur le plan neurologique.

Sur les plans de médecine interne, rhumatologique et neurologique, l'expertise du R._____ du 28 septembre 2015 remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle s'est fondée sur des examens complets, a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte des avis des Drs C._____, V._____ et X._____. En outre, les plaintes du recourant ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Au demeurant, ses conclusions ont été confirmées par la Dresse S._____ du SMR (cf. rapport SMR du 22 février 2016 et avis médical du 24 octobre 2016).

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de cette expertise. Le courrier adressé à l'OAI le 9 octobre 2016 par la Dresse C._____ n'apporte pas d'élément de nature à attester une péjoration de l'état de son patient, au plan somatique, depuis dite expertise. Il convient donc de se rallier aux conclusions de cette dernière et de considérer que, sur le

plan somatique, le recourant présente une capacité de travail totale dans son activité habituelle.

Toutefois, dans le courrier susmentionné, comme dans ses rapports précédents, la Dresse C._____ a mis en avant une fibromyalgie. Elle a retenu une capacité de travail de 50 %, taux également fixé par la Dresse V._____ et le Dr N._____, psychiatre traitant du recourant.

5. Ainsi, demeure uniquement la question de savoir si l'intéressé présente, sur le plan psychiatrique, une atteinte invalidante. Les experts du R._____ ont posé les diagnostics de fibromyalgie, de trouble somatoforme douloureux persistant et d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique prenant une caractéristique chronique. Ils ont retenu que ces atteintes n'avaient aucun effet sur la capacité de travail.

a) S'agissant tout d'abord du diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique, les experts du R._____ ont expliqué que l'examen psychiatrique avait montré un homme légèrement déprimé. Il n'était pas ralenti et aucun trouble cognitif patent n'avait été constaté. Ils ont précisé que le contenu de la pensée était fixé sur les douleurs chroniques, la fatigue, ainsi que sur les problèmes familiaux et financiers. Ils ont listé avec soin les plaintes de l'assuré quant aux symptômes de la lignée dépressive (p. 8). Pour le surplus, les experts ont eu pleinement connaissance de l'anamnèse et ont notamment pris en considération l'appréciation du psychiatre traitant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Ainsi, sur ce point, l'expertise doit également se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Les rapports successifs du Dr N._____ ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou en établir le caractère incomplet. La mention par le Dr N._____ d'une alexithymie n'est à cet égard pas suffisante, ce

spécialiste n'ayant au demeurant pas retenu que ce trouble pouvait avoir un effet sur la capacité de travail. Par ailleurs, les experts ont eu connaissance de cette indication (cf. expertise précitée, p. 6). Pour le surplus, l'avis du Dr N._____, selon lequel le recourant présente un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique limitant sa capacité de travail (cf. rapports des 1^{er} août et 13 décembre 2013), constitue une appréciation différente de la même situation. Tel que relevé par la Dresse S._____ du SMR dans son avis médical du 24 octobre 2016, il en va de même pour le rapport du 4 octobre 2016 du Dr N._____, dans lequel il répète que la capacité de travail de son patient est de 50 %. Au demeurant, le Dr N._____ étant le psychiatre traitant du recourant, ses constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3d supra).

L'assuré se prévaut encore du rapport établi par le Dr X._____ à la suite de la polysomnographie réalisée le 11 mai 2015, concluant qu'au niveau psychologique, le patient a présenté un score très élevé au test de dépression de Beck et des scores élevés aux tests d'anxiété de Spielberger. Toutefois, cette observation, effectuée par un spécialiste en neurologie dans le contexte d'une polysomnographie, ne saurait en aucun cas remettre en cause le diagnostic posé par un expert psychiatre.

Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant présente un épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique, prenant une caractéristique chronique, n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail.

b) Les experts du R._____ ont encore posé les diagnostics de fibromyalgie et de syndrome somatoforme douloureux persistant, lesquels n'entraînaient selon eux pas non plus d'incapacité de travail.

aa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux

(TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65) et le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen 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 - ou d'une affection psychosomatique assimilée - 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 psycho-social 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).

Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270, qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales. Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien 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 (ATF 137 V 270 précité consid. 6 in initio). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'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. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 précité consid. 8).

bb) En l'occurrence, s'agissant des diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant et de fibromyalgie, les experts du

R. _____ ont examiné le cas selon les anciens critères jurisprudentiels relatifs à ces troubles. Il convient donc d'apprécier si l'expertise satisfait aux nouvelles exigences jurisprudentielles, applicables sur le plan du droit intertemporel.

En premier lieu, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant est posé sur la base de la CIM-10, donc sur un système de classification médicale reconnu. Cependant, ce diagnostic n'est guère étayé. Il n'est en outre pas fait référence aux limitations fonctionnelles constatées. Au demeurant, la question des motifs d'exclusion n'a pas été abordée, même s'il semble qu'il n'y ait pas d'indices d'une exagération des symptômes, comme par exemple des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé ou de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse. S'agissant de la capacité de travail réellement exigible, l'expertise ne permet pas une appréciation concluante au moyen du catalogue d'indicateurs développé par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281. Les experts se sont en effet limités à exposer que le trouble somatoforme n'était pas accompagné d'un trouble psychiatrique suffisamment sévère pour priver l'assuré de ses ressources internes, à décrire le contexte social et indiquer les raisons pour lesquelles ils retenaient que l'intéressé disposait de bonnes ressources, et à mentionner qu'ils n'avaient pas noté d'incohérences entre les plaintes de l'assuré et la description de sa vie quotidienne, avant de conclure que la capacité de travail était complète. Leurs conclusions ne peuvent donc être suivies telles quelles.

En ce qui concerne la fibromyalgie, les experts ont cette fois bien étayé leur diagnostic. Ils ont expliqué que le recourant présentait depuis trois ans des douleurs ostéoarticulaires diffuses touchant l'ensemble du rachis et les quatre extrémités. Ils ont ajouté que l'examen clinique avait permis de noter la présence de seize points de Smith positifs sur dix-huit et qu'en outre, un état de fatigue, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs étaient présents. Enfin, ils ont indiqué que les examens sanguins n'avaient pas révélé de maladie rhumatismale ou

inflammatoire, ni de troubles hormonaux ou métaboliques pouvant expliquer les douleurs, et le bilan d'imagerie ne montrait que des troubles dégénératifs modestes (cf. rapport d'expertise précité, p. 16). Le diagnostic de fibromyalgie a d'ailleurs déjà été posé par la Dresse V._____ (cf. rapport du 22 janvier 2013), puis par la Dresse C._____ (cf. rapports des 12 mai et 18 juillet 2013, ainsi que courrier du 9 octobre 2016, dans lequel elle souligne que la fibromyalgie est très active) et par le Dr N._____ (cf. rapport du 1^{er} août 2013). S'agissant toutefois de la capacité de travail du recourant, tel que susmentionné, les éléments ressortant en l'état de l'expertise du R._____ ne sont pas suffisants pour permettre un examen complet du cas à la lumière des nouveaux indicateurs.

A cet égard, le rapport SMR du 22 février 2016 de la Dresse S._____, se limitant pour l'essentiel à reprendre les points déjà évoqués dans l'expertise, n'apporte pas plus de précisions. Les observations des Drs V._____, N._____ et C._____ ne permettent pas non plus une appréciation concluante à l'aune des nouveaux indicateurs développés par la jurisprudence. Au demeurant, les constatations des Drs N._____ et C._____ - laquelle n'est en outre pas spécialisée en psychiatrie - doivent être admises avec réserve, ces derniers étant les médecins traitants du recourant.

Ainsi, la Cour de céans constate que les différents éléments figurant au dossier ne suffisent pas pour déterminer la capacité de travail de l'assuré réellement exigible. Un complément d'expertise est dès lors nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et son éventuel caractère invalidant. Ce dernier devra également être examiné s'agissant du diagnostic de fibromyalgie.

Le Tribunal fédéral admet un simple complément d'expertise au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281. Dans la mesure où il ne s'agit que d'un complément, un renvoi à l'autorité intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe

inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA – est justifié (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine).

6. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique auprès du R._____.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence à 2'500 fr., débours et TVA compris, ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 24 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Céline Desscan (pour Q._____)
- 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 :