

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 décembre 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1968, ressortissant portugais, marié, sans enfant et sans formation, réside en Suisse depuis 2004. Il a travaillé en qualité de manœuvre non qualifié dans le secteur du bâtiment auprès de l'entreprise R.\_\_\_\_\_ SA au [...].

Le 26 octobre 2011, L.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé). L'assuré a indiqué se trouver en incapacité totale de travail depuis le 16 août 2011 en raison de lombosciatalgies sur canal étroit. Une imagerie à résonance magnétique (IRM), effectuée le 28 septembre 2011 par le Dr P.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier [...] (ci-après : le [...]), a mis en évidence des débords discaux multi-étagés associés à des déchirures intra discales à l'étage L2-L3 et L3-L4, ainsi qu'un canal lombaire étroit de grade C à l'étage L3 à L4 et de grade B à l'étage L4-L5.

Dans un rapport médical du 28 novembre 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sur canal lombaire étroit et de discopathies L2-L3-L4 (depuis 2011). Ce médecin a retenu que, compte tenu des douleurs, son patient présentait une capacité de travail nulle depuis le 16 août 2011 dans son activité professionnelle habituelle. Dans une activité plus légère adaptée à l'état de son dos (à savoir sans activité en position uniquement assise ou debout, sans marche en terrain irrégulier, sans position penchée, sans activité avec les bras au-dessus de la tête, pas de position accroupie ou à genoux, sans port de charges près ou loin du corps et sans montée d'échelle, d'échafaudage ni montée d'escaliers), le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%.

Dans un second rapport médical du 19 décembre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté une aggravation progressive des douleurs, de la gêne au niveau des membres inférieurs ainsi que de l'état dépressif de l'assuré.

Au terme d'un rapport d'examen du 16 février 2012, le Dr Pierre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a posé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques sur canal lombaire étroit d'origine dégénérative (discopathies étagées et arthrose postérieure). Ce médecin a retenu que, depuis le 16 août 2011, la capacité de travail de l'assuré était nulle en tant qu'ouvrier du bâtiment. Dans une activité adaptée, elle était en revanche de 100% avec une diminution de rendement de 20%, rejoignant ainsi l'appréciation du médecin traitant.

Selon le rapport médical du 21 mai 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, n'a pas retenu de diagnostics d'ordre psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient. Il a pourtant relevé ce qui suit:

"Constat médical

Monsieur L.\_\_\_\_\_ nous a semblé totalement impuissant et dépassé par sa situation de santé dont le pronostic était peu encourageant. Depuis son incapacité de travail, sa situation sociale et financière s'est clairement dégradée. Cette situation de précarité associée aux douleurs qu'entraînent son hernie et sa colonne vertébrale sont des facteurs de stress intense qui ont sur Monsieur un effet dévastateur impliquant des sentiments de résignation, d'incompréhension et de désespoir, un isolement social progressif qui conduisent évidemment à une dégradation de son intégrité psychique et physique. Le discours reste pessimiste, à l'image de ses possibilités de traitement. Pas de troubles de la lignée psychotique.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Sur le plan psychologique, un suivi psychothérapeutique n'est à l'heure actuelle pas la priorité au vu de la problématique de Monsieur L.\_\_\_\_\_."

Vu ce qui précède, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que la profession de manœuvre non qualifié n'était plus exigible. Il a mentionné plusieurs limitations fonctionnelles, dont une capacité de concentration et

d'attention limitée, plus particulièrement des difficultés d'attention en cas de douleurs aiguës. Une capacité de compréhension limitée, des capacités mnésiques ainsi qu'une faculté d'adaptation au changement limitées en fonction de l'état d'inquiétude et de l'amplitude des douleurs ont également été retenues. Le médecin a conclu que, au moment de la dernière évaluation du patient, soit en 2012, une activité professionnelle était encore exigible, à temps partiel.

Par décision du 7 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 octobre 2012 et a refusé toute prestation à l'assuré. L'Office a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit l'interdiction de port de charges de plus de 10 kilos, pas de travail en porte-à-faux et une nécessité d'alterner les positions. Prenant en compte une baisse de rendement de 20% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011, le degré d'invalidité a été fixé à 23,45%.

Par acte du 8 juillet 2013, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 26 novembre 2013, la Cour de céans a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique/orthopédique, neurologique et psychiatrique).

**B.** Le 19 janvier 2016, les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, de la [...] ( [...]) à [...], ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire. Ce rapport se base sur trois consultations, soit de psychiatrie et de neurologie, effectuées respectivement par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ainsi qu'une consultation de rhumatologie établie par le Dr J.\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport d'expertise du 19 janvier 2016, les trois experts ont retenu le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire (M54.5). Les diagnostics de syndrome somatoforme persistant (F45.4) et de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine diabétique probable ont été retenus comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail. Ils ont également relevé ce qui suit :

« Monsieur L.\_\_\_\_\_, âgé de 47 ans, marié sans enfant, d'origine portugaise, sans formation professionnelle est établi en Suisse depuis 2004. Il a travaillé comme ouvrier dans la construction *jusqu'en* août 2011 date à laquelle il est mis en arrêt de travail pour des lombosciatalgies. L'IRM lombaire du 28.09.2011 montre des discopathies étagées et un canal lombaire étroit. L'expertisé dépose une demande de prestations AI le 25.10.2011. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant, indique que l'activité habituelle de son patient n'est plus adaptée à son état de santé mais il estime sa capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de *rendement* de 20%. *Un projet de* décision de *refus de* rente est alors émis par l'AI. Monsieur L.\_\_\_\_\_ fait opposition à projet de décision. Dans un nouveau rapport médical, le Dr Q.\_\_\_\_\_ annonce une aggravation de l'état de santé de son patient avec un syndrome douloureux qui persiste malgré la prise en charge par le centre d'antalgie du CHUV, apparition d'un syndrome dépressif et d'une *possible neuropathie diabétique*. Monsieur L.\_\_\_\_\_ a été vu en consultation par le Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui ne retient pas de maladie psychique au premier plan. Considérant qu'il n'y a pas de fait médical nouveau dans les documents produits en cours d'audition, l'AI confirme sa décision de refus de rente et de reclassement professionnel et alloue à l'expertisé une aide au placement. Monsieur L.\_\_\_\_\_ interjette recours de cette décision devant la CASSO. La cour considérant que les faits médicaux nouveaux (polyneuropathie diabétique) sont insuffisamment documentés demande la reprise de l'instruction. C'est dans ce contexte qu'une expertise *pluridisciplinaire* de *médecine* interne, neurologie, rhumatologie est demandée à l' [...].

Du point de *vue rhumatologique*, l'expertisé se plaint de douleurs diffuses du rachis n'ayant répondu à aucun traitement antalgique conservateur. L'examen clinique est peu contributif. Le comportement est démonstratif, il existe une kinésiophobie et une hyperesthésie diffuse. L'étude des documents radiologiques montre des discopathies et des rétrécissements canaux lombaires étagés avec protrusions discales postérieures prédominant en L4-L5, *sans* indication chirurgicale. Ces anomalies radiologiques ne peuvent expliquer l'intensité du syndrome douloureux allégué ni sa diffusion. Du fait de l'atteinte vertébrale dégénérative, et bien que l'inactivité totale actuelle de *Monsieur L.\_\_\_\_\_ n'ait* en rien amélioré ses douleurs, nous retenons les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux lourds. L'activité habituelle de manoeuvre en bâtiment ne respecte pas ces limitations et la capacité de travail de l'expertisé dans cette activité est nulle depuis 2011. En revanche,

dans une activité adaptée, la capacité de travail est estimée entière depuis la même date.

Du point de vue neurologique, dans un contexte subjectif diffus associant des douleurs rachidiennes et des paresthésies mal *systematisées*, chez un expertisé au comportement douloureux caricatural, nous notons la présence d'une hypoaréflexie tendineuse des membres inférieurs avec des troubles de la sensibilité en distalité. L'examen électrophysiologique objective une *polyneuropathie sensitive* peu sévère des membres inférieurs probablement diabétique sans argument pour un syndrome radiculaire L5 et un tunnel carpien bilatéral aux membres supérieurs. La discrète polyneuropathie diabétique n'est pas considérée en l'état comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'expertisé. Du point de vue strictement neurologique, nous ne retenons pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, nous retenons le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant devant le tableau douloureux chronique avec comportement douloureux caricatural souligné par tous les experts mais sans atteinte somatique expliquant de manière prépondérante la totalité de la symptomatologie. Le syndrome douloureux est à l'origine d'une détresse de l'expertisé même si son interrogatoire peine à mettre en évidence des facteurs psychosociaux associés. A noter cependant que le contenu du discours de Monsieur L.\_\_\_\_\_ est pauvre avec évocation des affects difficiles en lien avec une capacité d'abstraction limitée. Nous retenons également le diagnostic d'état dépressif modéré mais faisant partie intégrante du syndrome douloureux chronique. Nous nous écartons ainsi des conclusions du rapport médical pour l'AI du Dr S.\_\_\_\_\_ qui nous semblent discordantes avec les observations de notre confrère figurant dans le même rapport. Les ressources psychologiques de Monsieur L.\_\_\_\_\_ pour faire face au syndrome douloureux semblent assez limitées. Cependant l'expertisé arrive à *maintenir un lien social et sa vie familiale* reste préservée. Par ailleurs, si Monsieur L.\_\_\_\_\_ a bénéficié de nombreux traitements somatiques, la prise en charge psychiatrique, qui dans le contexte présent est jugée comme pouvant apporter une amélioration, n'a pas été suivie de manière suffisante (deux mois de traitement) mais l'impact de la psychothérapie chez un expertisé avec des ressources intellectuelles limitées est jugé incertain et n'est donc pas *exigible*. *En raison de tous ces éléments, nous considérons du point de vue psychiatrique que la capacité de travail de l'expertisé est entière dans toute activité adaptée.*

Après discussion collégiale, la capacité de travail de l'expertisé dans l'activité habituelle de manoeuvre en bâtiment qui *n'est plus adaptée à son état de santé est jugée nulle* depuis le 28.09.2011. En revanche dans une activité adaptée à l'atteinte vertébrale dégénérative, la capacité de travail est estimée entière et depuis la même date ».

Le 9 février 2016, la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du SMR, a établi un rapport sur la base de l'expertise pluridisciplinaire précitée, dans lequel elle a développé ce qui suit :

« Les experts ont confirmé le diagnostic incapacitant de *lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire (M54.5)* et ont retenu les diagnostics non incapacitants de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine diabétique probable, syndrome du tunnel carpien ddc.

Ces diagnostics ont été posés sur la base d'une analyse précise des documents à disposition, une anamnèse fouillée et un examen clinique détaillé.

Les experts ont analysé les indicateurs standard de la jurisprudence actuellement en vigueur en présence de troubles somatoformes et d'affections psychosomatiques assimilées : le diagnostic de syndrome somatoforme a été posé en accord avec les critères de la CIM-10 (*douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par un processus physiologique*, page 15-16) mais les facteurs psychosociaux qui auraient pu être considérés comme la cause essentielle du trouble n'ont pas pu être mis clairement en évidence (page 16).

Cependant, après prise en considération et discussion des motifs d'exclusion selon l'arrêt 131 V 49, le caractère durablement incapacitant du TSD a pu être exclu.

Il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de l'assuré, les plaintes présentées de manière démonstrative semblent peu crédibles aux experts (*on est confronté à un assuré au comportement douloureux majoré caricatural, presque catatonique, le facies est figé, en position debout, il adopte une position genoux et tronc fléchis*, page 6, 8-9 et 15). La caractérisation des douleurs intenses alléguées reste vague (au neurologue il mentionne *qu'il peut marcher 5-10 minutes, puis il doit s'arrêter 10-15 minutes*, page 8 ; au rhumatologue l'assuré dit *qu'il peut marcher 10-15 minutes*, page 12).

Des limitations importantes dans le quotidien sont alléguées (*n'est pas en mesure de faire quoi que ce soit*), toutefois l'entourage psycho-social reste intact (*il fréquente la soeur de son épouse qui vit à [...], téléphone à sa famille en Portugal régulièrement*, la vie quotidienne est marquée par des promenades le matin, la rencontre avec des amis, page 5). L'assuré admet n'avoir jamais eu vraiment de temps pour des loisirs ni au Portugal ni en Suisse (page 5).

Les ressources dont M L.\_\_\_\_\_ dispose, surtout sur le plan intellectuel, paraissent assez limitées, mais les experts signalent qu'il est arrivé à maintenir un lien social et une vie familiale préservée (page 16). Des traitements médicaux ont été proposés et mis en place mais pas suivis régulièrement et sans une coopération optimale de l'assuré. Il n'y a pas eu de traitement psychiatrique intégré lege artis, le traitement antidépresseur a été interrompu par l'assuré car retenu pas efficace (page 5, 11).

Il n'y a pas de demande de prise en charge ophtalmologique ou cardiologique pour le diabète.

Une manque de collaboration pendant l'examen clinique est rapporté (page 8), au tel point que l'expert rhumatologue retient un examen clinique peu contributif (page 13). »

En guise de conclusion, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a confirmé que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par les experts ne remplissait pas les critères permettant de lui conférer un caractère durablement incapacitant. Elle a également constaté que l'activité habituelle de manœuvre en bâtiment de l'assuré n'était plus exigible depuis le 28 septembre 2011, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'examen SMR du 16 février 2012 l'était, à 100%, depuis cette même date.

Le 29 mars 2016, l'OAI a transmis un projet de décision à l'assuré, annulant et remplaçant la décision du 7 juin 2013. L'office y a constaté que l'intéressé était capable de travailler à 100% dès le 28 septembre 2011, dans des activités adaptées aux limitations retenues, soit pas de port de charges de plus de 10 kilos, pas de travail en porte-à-faux et une alternance des positions. L'OAI a ensuite procédé au calcul du degré de l'invalidité en comparant le salaire que réaliserait l'assuré sans invalidité (59'009 fr. 52) à celui auquel l'assuré pouvait prétendre dans une activité adaptée, soit des activités simples et répétitives dans le secteur industriel léger. Ce revenu d'invalidité a été estimé à 61'311 fr. 51, et un abattement de 10% retenu afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. Il en résultait une perte de gain s'élevant à 2'547 fr. 27, correspondant à un degré d'invalidité de 4,31%, insuffisant pour bénéficier d'une rente d'invalidité.

Le 3 mai 2016, l'assuré a formulé ses objections quant au projet de décision de l'OAI, en contestant les conclusions du rapport d'expertise du 19 janvier 2016. Pour l'assuré, le rapport en question était insuffisant pour arriver à la conclusion que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué était dénué de tout caractère invalidant. Il a soutenu la nécessité d'un complément d'instruction.

Dans un avis SMR du 24 mai 2016, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a estimé que les observations de l'assuré ne présentaient pas d'éléments médicaux suffisamment convaincants pour justifier un complément d'instruction.

Par décision du 19 juillet 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé toute prestation à l'assuré.

**C.** Le 14 septembre 2016, par l'intermédiaire de sa mandataire, L.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. L'assuré a conclu préliminairement à la production de l'entier de son dossier, à l'établissement d'un complément d'expertise portant sur l'évolution de son état de santé, comportant un volet orthopédique sur la base d'examens radiologiques récents, à l'établissement d'un second complément d'expertise sur la question du diagnostic retenu de troubles somatoformes douloureux et à l'octroi de l'assistance judiciaire pour la présente procédure. Principalement, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 19 juillet 2016 et au renvoi de la cause devant l'OAI. Subsidiairement, il a conclu à la réforme de la décision attaquée en lui allouant une rente d'invalidité.

Le recourant a motivé son recours en faisant valoir que l'aggravation de son état de santé avait été constatée par trois médecins et que, de ce fait, les experts ne pouvaient se contenter de confronter le tableau clinique à un examen radiologique antérieur aux constats d'aggravation. Sur la question du trouble somatoforme douloureux, le recourant a allégué que la question de l'impact d'un traitement psychiatrique sur l'amélioration de son état de santé était essentielle. Cependant, l'expert ne s'était pas livré à un examen minutieux de la question. Pour le recourant, son trouble somatoforme douloureux présentait de forts indices d'invalidité, indices qui n'ont pas été suffisamment investigués, notamment concernant les répercussions sur sa capacité de travail. Quant aux troubles dégénératifs du rachis lombaire, il s'agissait, pour l'assuré, d'une question orthopédique. Cependant, l'expertise ne comportait aucun volet orthopédique, pourtant

indispensable à l'examen des atteintes articulaires. L'assuré a également constaté que la décision du 7 juin 2013 retenait une baisse de rendement de 20%, contrairement à la décision attaquée, qui n'a retenu qu'un abattement de 10%. L'abandon de cette baisse de rendement, sans motivation, constituait une violation du droit d'être entendu. Au vu de ce qui précède, l'annulation de la décision entreprise, respectivement son renvoi à l'OAI, étaient justifiés. De plus, l'assuré a soutenu que, au vu de l'ensemble des circonstances, un taux maximum d'abattement de 25% devait être appliqué contrairement au taux de 10% retenu par l'OAI. Finalement, pour le recourant, son taux d'invalidité atteignait au moins 60%.

Répliquant en date du 18 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 22 novembre 2016, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 14 septembre 2016, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat, en la personne de Me Ana Rita Perez.

Par acte du 24 avril 2017, le recourant a renoncé à déposer une duplique.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des

offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, compte tenu des feries (art. 96 al. 1 let. b LPA-VD), le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

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

**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 art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

**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 malade, 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 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et

102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

**b)** 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, 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 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer

en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**c)** 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\_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 précité loc. cit.; TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

**d)** Dans son recours du 14 septembre 2016, le recourant a allégué que l'expertise réalisée par la [...] contenait des lacunes et des incohérences, solvables uniquement par un complément d'expertise. Concernant le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, il a fait valoir que trois médecins avaient constaté une aggravation de son état de santé depuis l'établissement des IRM en 2011. Les experts n'étaient dès lors pas en mesure de constater une majoration ou une absence de la douleur évoquée, en se fondant sur un examen IRM datant de près de cinq ans.

**e)** En l'occurrence, les constatations et conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 19 janvier 2016 établies sur le plan somatique répondent aux réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. L'expertise pluridisciplinaire a, sur ces points, intégré une anamnèse complète et se fonde sur un examen clinique et circonstancié de l'assuré. Concernant la péjoration de l'état du recourant, il est vrai que des médecins ont rapporté une aggravation des douleurs de l'assuré, notamment le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 décembre 2012. Cependant, force est de constater qu'aucun rapport

médical ne fait état d'une aggravation objective des atteintes lombaires depuis l'IRM. Par ailleurs, dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire, les experts ont estimé que les anomalies radiologiques, soit les discopathies et des rétrécissements canaux lombaires étagés avec protrusions discales postérieures prédominant en L4-L5, ne pouvaient pas à elles-seules expliquer l'intensité du syndrome douloureux allégué ni sa diffusion. L'expert neurologue relève uniquement une polyneuropathie sensitive. Les experts constatent de manière concordante une exagération des symptômes et un assuré au comportement douloureux majoré caricatural. Il en résulte que la décision des experts de ne pas effectuer de nouveaux examens radiologiques n'apparaît pas comme critiquable. Les atteintes physiques de l'assuré, soit des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, sont au demeurant connues et ne présentent pas, à dire d'experts, d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

**5. a)** Concernant le volet psychique de l'expertise en question, dans son acte de recours du 14 septembre 2016, le recourant a soutenu que l'examen de la part de l'expert de la question des troubles somatoformes douloureux, notamment ses indices invalidants, était insuffisant.

**b)** En l'espèce, l'expert psychiatre, le Dr Z.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Il a considéré que les facteurs permettant de qualifier le syndrome comme invalidant ne paraissaient pas réunis. Dans le rapport d'expertise du 19 janvier 2016, ce médecin a fait mention des éléments suivants :

« Face au syndrome douloureux, les ressources assez limitées de l'expertisé semblent en effet dépassées mais on doit constater qu'il n'y a pas eu de traitement psychiatrique intégré lege artis, traitement qui théoriquement pourrait apporter une relative amélioration mais dont l'impact serait probablement limité au vu des pauvres ressources intellectuelles et affectives de l'intéressé. Notons que toutes les sphères de la vie ne sont pas touchées, l'expertisé semblant garder une vie sociale relativement riche et satisfaisante.

Au vu de ce qui précède, les facteurs permettant de qualifier le syndrome douloureux comme invalidant ne paraissent pas tous réunis. Il conviendrait de proposer un traitement médical et psychiatrique intégré, voire des mesures d'accompagnement, selon l'évolution sous traitement ».

**c)** Au cours des dernières années, la jurisprudence a plus particulièrement dégagé 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 (ATF 130 V 352 et 131 V 49).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4 ss). 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**cc)** Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2).

Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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 (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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 avec les références citées).

**dd)** 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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 à 4.3.3).

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 à 4.4.2).

**ee)** Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises 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 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 *in initio*).

**f)** Dans le cas présent, l'expert psychiatre qui a posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, a examiné la capacité de travail du recourant au regard d'un seul critère dégagé par l'ancienne jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, soit l'absence de repli social, de sorte que ses conclusions ne peuvent être suivies telles quelles. De plus, les conclusions du Dr Z. \_\_\_\_\_ apparaissent contradictoires ; celui-ci constate d'une part que les ressources de l'assuré semblent dépassées et qu'il n'y a pas eu de traitement psychiatrique intégré lege artis - traitement qui pourrait théoriquement remédier aux troubles de l'assuré -, et retient d'autre part que l'impact du traitement serait finalement limité au vu des mêmes ressources insatisfaisantes de l'intéressé et en conséquence pas exigible. Malgré ces constats, l'expert ne retient aucun facteur permettant de qualifier le syndrome douloureux comme invalidant. Les éléments figurant au dossier ne permettent en outre pas à la Cour de céans de déterminer la capacité de travail du recourant réellement exigible au moyen d'un catalogue d'indicateurs.

**g)** Le manque d'examen des nouveaux principes applicables en matière de troubles somatoformes douloureux n'a pas échappé par ailleurs à la Dresse T. \_\_\_\_\_ du SMR, qui a procédé finalement elle-même à l'analyse de certains indicateurs alors qu'elle n'est pas psychiatre. Il est toutefois constaté qu'elle exclut le caractère durablement incapacitant du trouble somatoforme douloureux selon l'ancienne jurisprudence et qu'elle fait une lecture partielle de l'expertise lorsqu'elle mentionne les plaintes démonstratives de l'assuré qui laisseraient insensibles les experts. En effet, si l'expert neurologue constate que l'assuré a un comportement douloureux majoré caricatural, il précise toutefois qu'il existe des anomalies objectives au status neurologique. De même, l'expert rhumatologue précise que les douleurs sont d'étiologie multifactorielle et retient plusieurs limitations fonctionnelles. Quant au traitement psychiatrique, l'expert psychiatre relève lui-même qu'il n'a pas été adéquat et observe le manque de ressources de l'assuré. Il s'ensuit qu'un complément d'expertise auprès de l'expert psychiatre aurait à tout le moins été nécessaire.

En conséquence, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique est nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et son éventuel caractère invalidant.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) ;

le devoir d'instruction s'étendant jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation psychiatrique.

**c)** Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**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 judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 3'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, celle-ci ayant été accordée avec effet au 14 septembre 2016. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue 19 juillet 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- 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 au recourant la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Ana Rita Perez, pour le recourant,
- 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).

Le greffier :