

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

H._____, à (...), recourant, représenté par Me Vanessa Egli, avocate à Vevey,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA ; art. 4 LAI

E n f a i t :

A. a) H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, titulaire d'un CFC (...), a travaillé comme (...) auprès de [...] pendant sept ans. Après une période de chômage, il a travaillé en qualité de préparateur de commandes de légumes chez [...] à partir de septembre 2008. Il a subi une incapacité de travail totale dès janvier 2009 en raison de cervicalgies. Le 11 août 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), déclarant souffrir des cervicales et d'arthrose.

En raison de son obésité, l'assuré a subi la pose d'un by-pass gastrique le 31 août 2010, qui n'a cependant pas permis de diminuer son poids sur le long terme. Les douleurs dorsales se sont intensifiées dès 2011, touchant surtout la colonne cervicale et lombaire et se manifestant sous la forme de décharges électriques pouvant entraîner des chutes à répétition.

Le 9 février 2012, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé au Service médical région de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), par les Desses Y._____, spécialiste en médecine interne générale, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 25 avril 2012, elles ont posé les diagnostics avec effet durable sur la capacité de travail de rachialgies dorsolombaires dans le contexte d'un léger trouble statique et de dysbalances musculaires (M51.3), ainsi que de cervico-scapulalgies bilatérales avec fourmillements dans les deux bras, dans le contexte d'un léger trouble statique et d'une arthrose C5-C6 (M53.1). Elles ont en outre retenus les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), status post correction des cloisons nasales en 2011, status post plusieurs distorsions des chevilles et du genou gauche et obésité morbide avec status post by-pass en 2010. La capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité de boulanger et de 90% dès février 2009 dans une

activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaire (éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillée ; port de charges limité à 10 kg occasionnellement, 5 kg de façon répétitive ; pas de travail au-delà de l'horizontale ; pas de travail à la chaîne ni sur machines vibrantes).

Par projet de décision du 7 décembre 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une mesure de reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité, en raison d'un taux d'invalidité inférieur à 5% (revenu sans invalidité de 58'866 fr. et revenu avec invalidité de 56'327 fr.). S'agissant de la réadaptation, l'OAI a retenu que toute démarche de reclassement était illusoire sans sa collaboration, mentionnant toutefois que l'octroi d'une aide au placement restait envisageable afin de le soutenir dans ses recherches d'emploi. L'OAI a confirmé son projet de décision par décision du 4 février 2013.

b) Par acte du 25 février 2013, (...) a formé recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation, expliquant que son état de santé avait évolué négativement depuis l'examen clinique du SMR du mois de février 2012 et se référant à des examens récemment effectués par son médecin-traitant, le DrF._____, spécialiste en médecine interne générale. Précisant ses conclusions dans sa réplique du 21 août 2013, l'assuré a conclu principalement à la réforme de la décision du 4 février 2013, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010, et subsidiairement à l'annulation de la décision et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologie, psychiatrique, qui tienne compte de l'obésité et des épisodes de douleurs fulgurantes sous forme de décharges électriques dans le rachis. Dans sa duplique du 9 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, produisant un avis du 5 septembre 2013 du Dr [...] du SMR, selon lequel l'état de santé ne s'était pas aggravé depuis l'examen du 9 février 2012, tout en recommandant une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neurologique pour les décharges électriques.

Par arrêt du 19 février 2014 (AI 53/13 - 32/2014), la Cour des assurances sociales a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), comprenant des volets rhumatologique, psychiatrique et neurologique, compte tenu des symptômes rapportés par l'assuré sous la forme de décharges électriques et examinant si l'obésité avait provoqué une atteinte à la santé ou était la conséquence d'une atteinte à la santé diminuant la capacité de gain sans qu'elle puisse être augmentée par des mesures raisonnablement exigibles. En substance, la Cour a notamment retenu que l'évaluation de la capacité de travail à laquelle les Desses IY. _____ et O. _____ avaient procédé dans leur rapport du 25 avril 2012 faisait abstraction des pertes d'équilibre survenant sous forme de décharges électriques sans qu'une éventuelle origine organique à ces symptômes n'ait été réfutée de manière convaincante.

c) L'OAI a dès lors repris l'instruction de la cause. Par communication du 21 mars 2014, il a indiqué à l'assuré qu'il allait mandater un centre d'expertise médicale pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le biais de la plateforme SwissMED@P.

Le 11 juin 2015, la [...] (ci-après : [...]) a été désignée pour réaliser l'expertise et a convoqué l'assuré, pour une expertise de médecine interne générale (Dr X. _____), de neurologie (N. _____), de psychiatrie et psychothérapie (Dr D. _____) et de C. _____), qui a eu lieu du 25 au 27 août 2015 (cf. également communication de l'OAI du 30 juin 2015). Dans leur rapport du 8 septembre 2015, les experts ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de troubles dégénératifs dorsaux et lombaires avec rétrécissement du canal rachidien en D5-D6 et en L1-L2 et L2-L3 et séquelles de dystrophie rachidienne de croissance du rachis dorsal moyen. Ils ont également diagnostiqué des gonalgies gauches non spécifiques, des douleurs de la cheville gauche et une obésité morbide, ces atteintes étant sans effet sur la capacité de travail.

En réponse au questionnaire de l'assurance-invalidité, les experts ont indiqué que le pronostic était réservé compte tenu de la chronicité des symptômes, de la résistance aux différents traitements proposés, de l'échec du traitement bariatrique et du fait qu'il existait un risque non négligeable d'apparition de complications liées à l'obésité morbide, sur les plans métabolique, cardio-vasculaire et respiratoire. Ils ont en outre indiqué une limitation de la capacité pour les activités nécessitant des ports de charge répétés au-delà de 10 kg et des stations en porte-à-faux du tronc. Ils ont estimé que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son ancienne activité de préparateur de commande/magasinier à partir de janvier 2009, mais que dans les activités épargnant le rachis, sa capacité de travail était de 100%.

Par avis médical SMR du 23 septembre 2015, les Drs Q._____ et [...] ont adhéré aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 12 janvier 2016, l'OAI a refusé à l'assuré des mesures de reclassement ainsi que le droit à une rente d'invalidité, mais reconnu le droit à une aide au placement. Ainsi par communication du même jour, l'OAI a octroyé une mesure d'aide au placement.

Le 15 février 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision. En substance, il a soutenu que l'expertise était incomplète et contradictoire et demandé un complément d'expertise, en ce sens que les experts se prononcent clairement sur les conséquences des décharges électriques qu'il estimait invalidantes sur sa capacité de gain, même dans le cas où elles n'étaient pas objectivables. Il demandait également que les experts expliquent comment l'obésité morbide pouvait entraîner une gêne dans les activités quotidiennes sans restreindre la capacité de gain, requérant enfin des experts qu'ils se prononcent sur les conséquences de son isolement social au regard de la jurisprudence dans les cas de syndrome sans pathogenèse, ni étiologie claire et sans constat de déficit organique.

Lors d'un entretien téléphonique du 1^{er} mars 2016 entre l'OAI et l'assuré, ce dernier a indiqué que son état de santé ne lui permettait pas d'entreprendre des démarches dans le cadre de l'aide au placement. L'OAI a dès lors mis fin à la mesure.

Le 5 juillet 2016, l'OAI a répondu aux objections de l'assuré à l'encontre du projet de décision et de l'expertise de la [...]. Cet office a notamment contesté le caractère lacunaire de l'expertise sur la question des décharges électriques et leurs conséquences, relevant que la problématique avait été décrite, puis analysée et discutée par les spécialistes consultés dans le cadre de l'expertise. Ces derniers avaient par ailleurs tenu compte de renseignements complémentaires obtenus auprès du médecin traitant et de la Dresse [...] pour compléter leurs observations et étayer leurs conclusions. L'OAI a par ailleurs exposé qu'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles pouvait coexister avec une gêne dans la vie quotidienne, sans pour autant qu'il y ait incohérence.

Par décision du 5 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le degré d'invalidité, inférieur à 5%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

B. Par acte du 8 septembre 2016, H._____, par l'entremise de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 5 juillet 2016, en concluant avec dépens, à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2010, subsidiairement à l'annulation de la décision et à son renvoi à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant critiquait la décision entreprise d'abord parce qu'elle se basait selon lui sur une expertise incomplète et contradictoire en certains points. Il était d'avis que l'intimé n'avait pas suivi les instructions de la Cour de céans (AI 53/13 - 32/2014), puisqu'aucune recherche sur les causes de l'obésité n'avait été effectuée et que les décharges électrisantes au niveau dorsal n'avaient pas fait l'objet de réelles investigations, l'expertise se limitant à les évoquer sans en tirer aucune conclusion. Le recourant reprochait aux experts d'avoir

insuffisamment pris en comptes ses difficultés psycho-sociales, après l'avoir vu seulement deux heures et sans motivation convaincante. Enfin, la question d'un trouble somatoforme douloureux persistant était insuffisamment investiguée, dans un contexte de plaintes régulières et persistantes.

Dans sa réponse du 10 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a renvoyé le recourant à l'expertise du 8 septembre 2015 pour répondre aux critiques formulées dans le cadre de son recours.

Le 17 novembre 2016, le recourant a reproché à l'autorité intimée d'avoir écarté les effets de son obésité sur sa capacité de travail ainsi que la présence d'éventuels troubles somatoformes douloureux sans analyse concrète de sa situation.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 (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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 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).

En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. **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 des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. En l'absence de conclusions tendant à l'octroi de mesures d'ordres professionnels, cette question n'est plus litigieuse.

3. 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 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).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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 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 ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I

514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, la Cour de céans, dans son appréciation des preuves, a considéré qu'il se justifiait de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction en raison des symptômes présentés par le recourant sur le plan neurologique (décharges électriques) et de son obésité qui n'avaient pas fait l'objet d'examens approfondis (arrêt du 19 février 2014 AI 53/13 - 32/2014). L'intimé a par conséquent ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée à des spécialistes en médecine interne, en rhumatologie, en psychiatrie et en neurologie à la [...]. Un rapport de synthèse signé des Drs [...], [...], [...] et [...] a été produit le 8 septembre 2015. Sa valeur probante est contestée par le recourant qui relève son caractère incomplet et lacunaire.

b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des spécialistes précités, étant souligné que le rapport d'expertise du 8 septembre 2015 rempli les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport de synthèse de l'expertise pluridisciplinaire repose en effet sur un exposé anamnestique détaillé, fait état des résultats des examens cliniques et radiologiques auxquels les médecins ont procédé, transcrit les plaintes subjectives du recourant et analyse sa situation médicale de façon complète. Après avoir exposé les diagnostics qu'ils retiennent, tant sur le plan somatique que psychiatrique, et les limitations fonctionnelles qu'ils objectivent, les praticiens mandatés expliquent de façon convaincante pourquoi ils arrivent à la conclusion que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ces conclusions rejoignent celles décrites dans le rapport

d'examen rhumatologique et psychiatrique du 9 février 2012 établi par le SMR, puisque ce service avait également conclu à la pleine exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative.

c) Quoi qu'en dise le recourant, la problématique des décharges électriques a fait l'objet d'une discussion sur le plan orthopédique et neurologique par les experts consultés, qui ont par ailleurs exposé de façon détaillée les analyses réalisées en raison des symptômes rapportés. L'examen clinique du rachis pratiqué par le Dr [...] n'a pas mis en évidence de douleurs particulières ou localisées. Sur le plan neurologique, le Dr [...] a retrouvé des résultats normaux, après avoir effectué un examen approfondi des nerfs crâniens, des membres supérieurs, de la démarche, un examen électrophysiologique et un électromyogramme du nerf médian droit. Dans ce contexte, les experts ont mis en évidence, de façon crédible et circonstanciée, une discordance entre les symptômes douloureux rapportés par le recourant et les constatations cliniques et radiologiques. Ces observations sont du reste corroborées par celles de la Dresse [...], de l'Unité Rachis du [...], consultée par le recourant dès 2013 et qui proposait une évaluation psychologique après avoir constaté des troubles dégénératifs et statiques discrets n'expliquant que partiellement les douleurs chroniques qu'il rapportait. En définitive, les experts ont posé le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies non spécifiques dans un contexte de troubles dégénératifs modérés, en l'absence de diagnostic neurologique. C'est donc avec cohérence qu'ils n'ont pas retenu l'influence des symptômes de décharges électriques sur la capacité de travail de l'assuré, étant encore souligné que cette symptomatologie n'a pu être objectivement constatée par aucun des médecins consultés.

De même, les experts se sont dûment déterminés sur la question de l'obésité du recourant. Ils ont admis qu'elle jouait un rôle défavorable dans les douleurs rachidiennes, sans pour autant qu'elle puisse être incapacitante dans une activité épargnant le rachis. On rappellera que l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité, celle-ci n'étant admise que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la

santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.3 et TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.1 ; cf. également arrêt I 583/82 du 17 octobre 1983 publié in : RCC 1984 p. 359). Le fait que l'obésité du recourant constitue une gêne dans sa vie quotidienne, ainsi qu'il l'expose dans son recours, ne permet pas pour autant de constater une incapacité de travail, en dehors des limitations fonctionnelles décrites par les experts en raison des troubles rachidiens objectivés, dans un contexte où l'influence d'une maladie endocrinienne ou de complications de l'opération du bypass réalisée en 2010 a été exclue.

6. Enfin, l'expert psychiatre n'a pas retenu la présence d'un trouble somatoforme douloureux, après avoir investigué la question.

a) 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 pathogénèse 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), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un

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

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement 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).

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 permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

b) En l'occurrence, s'il est vrai qu'une analyse détaillée selon les critères posés dans l'ATF 141 V 281 ne figure pas dans l'expertise, il faut toutefois tenir compte du fait que l'arrêt date du 3 juin 2015, soit avant que cette nouvelle jurisprudence et ses conséquences aient pu être analysée en détail par les experts consultés. Quoi qu'il en soit, l'expertise revêt néanmoins une valeur probante suffisante sur la question d'un trouble somatoforme douloureux, l'expert psychiatre ayant notamment pris soin d'indiquer pour quels motifs il ne constatait pas d'incapacité de travail. Il a notamment souligné qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique - les atteintes physiques constatées par les co-experts restant par ailleurs limitées -, qu'il n'y avait pas de répercussion majeure sur la sociabilité ni sur l'état thymique, et qu'il n'y avait pas d'état de détresse. Ces constatations sont corroborées par ce que l'expert décrit sous le chapitre "observation", qui ne permet pas non plus de retenir la détresse psycho-sociale relatée par le recourant dans ses écritures. A cet égard, on rappellera qu'en ce qui concerne la durée de l'expertise, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Le fait que le Dr [...] n'a vu le recourant que durant deux heures n'est pas suffisant pour mettre en doute la valeur probante de son expertise.

En définitive, le recourant n'avance aucun argument médical qui permettrait de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 8 septembre 2015. Il ne fait en particulier pas état d'éléments

objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - que les médecins de la [...] auraient ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. Force est dès lors de constater que l'intimé était fondé à considérer que le recourant dispose d'une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Le recourant ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité, étant toutefois relevé qu'il n'est pas détaillé dans la décision entreprise. Il est cependant identique à celui effectué lors de la première décision de refus de prestations du 4 février 2013, où l'intimé comparait à juste titre les revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA), en se fondant, pour le premier, sur les données fournies par l'employeur, et pour le second, sur les salaires statistiques pour une activité simple et répétitive exercée par un homme tels que résultant des données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires [ESS] de l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2011, puisque le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle. On retiendra dès lors au titre du revenu sans invalidité un montant de 58'866 francs et de 56'327 fr. s'agissant du revenu d'invalidité, étant relevé que l'abattement de 10 % sur ce revenu est correct, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. La perte de gain résultant de cette comparaison des revenus correspond à un degré d'invalidité inférieur à 5%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité puisqu'il n'atteint pas le minimum légal de 40% (art. 28 al. 2 LAI). Le taux d'invalidité retenu par l'intimé peut ainsi être confirmé.

8. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335 consid. 3c ; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées, 9C_382/2008

arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références) ; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

En l'espèce, vu le sort du recours et les arguments développés en particulier aux considérants 5 et 6 ci-dessus, la requête de mise en œuvre d'une expertise supplémentaire ou d'un complément d'expertise doit être rejetée, par appréciation anticipée des preuves.

9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'expertise, respectivement d'un complément d'expertise doit également être rejetée (cf. supra consid. 7).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les laisser à la charge de l'Etat, le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Vanessa Egli, du 12 octobre 2016 au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Sur la base de la liste des opérations du 25 novembre 2016 produite, il convient d'arrêter à 1'515 fr. l'indemnité de Me Egli, correspondant à 8,25 heures de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ;

RSV 211.02.3]), montant auquel ont été ajouté les débours réclamés par 20 fr. 50 et la TVA au taux de 8%, pour un total de 1'658 fr. 35.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision du 12 janvier 2016 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Vanessa Egli, conseil du recourant, est arrêtée à 1'658 fr. 35 (mille six cent cinquante-huit francs trente-cinq), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Vanessa Egli (pour H. _____),
- 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 :