

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2016

Composition : Mme THALMANN, président
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 et 28 al. 1-2 LAI ; 6ss, 17 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1966, ressortissant d'ex-Yougoslavie au bénéficiaire d'une autorisation de séjour en Suisse de type « C », a travaillé depuis le 1^{er} octobre 2002, en qualité de manœuvre dans le bâtiment à 100% pour le compte de l'entreprise de maçonnerie et travaux publics H. _____ SA à [...]. Le 25 février 2008, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une réorientation professionnelle et/ou d'une rente. Il indiquait souffrir depuis 2007, de problèmes de dos et d'une dépression chronique. L'assureur perte de gain (F. _____ Assurance Maladie SA), servant ses indemnités journalières depuis le 24 janvier 2007, a joint à cette demande les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'un examen CT-scan de la colonne lombaire du 19 février 2007 du Dr N. _____ du service de radiologie à l'Hôpital [...] ([...]), dont il résulte ce qui suit :

"Conclusion

Hernie discale médiane de taille modérée L5-S1 susceptible d'entraîner une irritation radiculaire S1 ddc [des deux côtés]. Pas d'autre hernie discale ou signe de conflit radiculaire.
Discarthrose modérée L5-S1." ;

- un rapport du 15 mars 2007 consécutif à un examen de l'assuré du même jour au terme duquel, le Dr S. _____, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'assureur perte de gain, a confirmé un syndrome lombo-vertébral chronifié, sans signes de compression radiculaire. Ce médecin se prononçait dans le sens d'une incapacité de travail à 100% de l'assuré, en l'attente de propositions thérapeutiques du centre de la douleur de l'Hôpital de [...];

- un rapport du 21 mars 2007 adressé au Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant. Le Dr T. _____ du service d'anesthésiologie et antalgie à l'Hôpital de [...], mentionnait une aggravation des lombalgies et sciatalgies gauches intermittentes de

l'assuré avec l'apparition de lombalgies à bascule droites et gauches, secondaires à une hernie discale L5-S1 résistant au traitement conventionnel. Une infiltration périurale était programmée la semaine suivante ;

- un rapport du 7 mai 2007 du Dr S. _____ qui confirmait à l'examen du même jour, une aggravation de la situation compte tenu d'une symptomatologie amplifiée depuis son examen précédent. Le médecin-conseil reprendrait contact après une nouvelle infiltration prévue le lendemain à l'Hôpital de [...] ;

- un rapport du 7 juin 2007 au médecin traitant de l'assuré dans lequel, le Dr S. _____ observait que les deux infiltrations lombaires pratiquées étaient restées sans effet, une troisième étant prévue le 12 juin 2007 à l'Hôpital de [...]. Le médecin-conseil de F. _____ SA terminait son analyse comme il suit :

"Conclusion :

La situation s'est donc aggravée, subjectivement, je dirai même que Monsieur G. _____ s'enlise de plus en plus dans un état de futur invalide.

Je ne vois pas, en l'état, d'autre proposition que celle de lui proposer une reconversion professionnelle dans une activité mieux adaptée à son problème.

Je propose à F. _____ de fixer ces limitations fonctionnelles sous la forme suivante : pas de port de charges de plus de 10 kg, de manière ponctuelle, pas de position en porte-à-faux, ni sur des échelles ou sur des échafaudages. A l'exception de ces restrictions, toute activité professionnelle est envisageable (conciergerie, chauffeur-livreur, magasinier, etc...). Vous trouverez, ci-jointe, copie de ces lignes.

Nous verrons comment F. _____ règlera ce cas sur le plan administratif." ;

- un rapport du 19 septembre 2007 du Dr Q. _____, médecin-chef du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur à l'Hôpital Orthopédique de la Suisse romande, consécutif à une consultation de l'assuré du même jour. Ce praticien a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales et cervico-dorsalgies chroniques dans le

contexte d'un déconditionnement musculaire et psychique global et de protrusion discale médiane L5-S1. Le Dr Q. _____ se prononçait en ces termes sur l'état de santé de l'assuré :

"Appréciation

Monsieur G. _____ présente donc des lombosciatalgies bilatérales non-déficitaires associées à des cervico-dorsalgies dans un contexte de déconditionnement musculaire et psychologique extrêmement important. La situation actuelle exclut toute participation dans un programme de reconditionnement intensif, comme nous le proposons ici à l'Hôpital Orthopédique et, même en évoquant ce traitement avec le patient, il réfute cette idée. Ainsi dans la situation actuelle je le vois incapable d'accomplir ce programme. Nous sommes confrontés à de nombreuses discrédances lors de l'examen clinique de ce patient complètement déconditionné et présentant d'importantes appréhensions.

Il est essentiel dans ce contexte de trouver un thérapeute qui pourrait jouer le rôle de coach pour le reconditionner. Une possibilité existe à [...] où un thérapeute parlant sa langue maternelle est disponible, mais pour des raisons pratiques cela ne semble pas possible.

Concernant un suivi ici à l'Hôpital Orthopédique, je n'ai pas d'approche particulière à proposer, mais sur le plan médicamenteux, il faut se poser la question si le Tryptizol ne devrait pas être augmenté." ;

- un certificat médical du 15 octobre 2007 à teneur duquel le Dr Z. _____ attestait l'absence de changement dans les diagnostics posés excepté l'apparition d'une composante dépressive entravant la capacité de récupération de l'assuré, facteur devant être pris en compte dans son évaluation socio-professionnelle ;

- un rapport du 7 novembre 2007 au Dr Z. _____, dans lequel le Dr S. _____ s'est exprimé comme il suit sur l'état de santé global de l'assuré à la suite de sa consultation du même jour :

"Conclusion :

Monsieur G. _____, en plus de ses problèmes somatiques, présente un état dépressif important, qui nécessite une prise en charge psychothérapeutique dans les plus brefs délais.

L'incapacité de travail est reconduite à 100% pour une durée qu'il n'est pas possible de déterminer pour le moment et je vous serais

reconnaissant de me tenir au courant de l'évolution de la situation au plus tard au début du mois de janvier 2008. [...]”.

Au terme d'une fiche d'examen du dossier établie le 28 février 2008 par l'un des collaborateurs de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), il a été décidé l'octroi de mesures d'intervention précoce (MIP) en faveur de l'assuré.

Dans un rapport du 21 mars 2008 rédigé à l'intention de l'OAI, le Dr Z. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chronique, de syndrome douloureux persistant (depuis janvier 2007) ainsi que de hernie discale médiane L5-S1 (depuis décembre 2006). Il indiquait une prise en charge psychiatrique de l'assuré au Centre de psychiatrie du [...] ([...]) à [...] l'automne précédent. Il mentionnait un pronostic incertain, conditionné à une éventuelle amélioration des troubles anxio-dépressifs de l'intéressé. Le Dr Z. _____ mentionnait des incapacités de travail de l'assuré à 100% du 4 au 10 décembre 2006 puis dès le 24 janvier 2007. Il précisait qu'à l'exception du problème psychiatrique rendant une activité professionnelle impossible en l'état, l'assuré présentait une contre-indication à la reprise de sa profession habituelle d'aide-maçon en raison de la hernie discale L5-S1, une récurrence de lombalgies étant à craindre en cas de reprise d'activité physique lourde. En cas d'évolution favorable de la prise en charge, une capacité de travail totale pouvait éventuellement être attendue dans un travail de manutention légère. Le Dr Z. _____ mentionnait des limitations des facultés de l'assuré à se concentrer (fatigue), à comprendre et à s'adapter (niveau intellectuel) ainsi qu'une résistance limitée (fatigue et douleur), ces indications étant valables à partir du 24 janvier 2007.

A ce rapport était joint notamment celui du 4 janvier 2008 adressé à la Dresse L. _____ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire ([...]) de [...] dans lequel, les Dresses R. _____, cheffe de clinique, et E. _____, cheffe de clinique adjointe du Centre de psychiatrie du [...] ([...]) du [...], ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux persistant (F45.4). Au terme d'un séjour de cinq jours entrepris par l'assuré sur une

base volontaire, ces psychiatres ont apprécié en ces termes son état de santé :

“EVOLUTION ET DISCUSSION :

Le discours de M. G._____ est envahi par les douleurs céphalalgiques et dorsolombaires. Il se reconnaît irritable à domicile, voire parfois violent vis-à-vis de son épouse et de ses enfants. Il dit même que ces actes de violence le soulagent. Nous soulignons cette remarque et nous lui disons que ce type de violence est répréhensible par la loi. Nous essayons également de lui faire entendre qu'à certains moments la recrudescence des douleurs peut correspondre à de l'anxiété, d'où l'intérêt d'un suivi à l' [...]. Le discours de M. G._____ revient constamment sur ses problèmes de douleurs, bien que tout a été fait et proposé dans ce domaine, consultation de neurochirurgie, centre de la douleur, coach de reconditionnement dans la langue maternelle.

Le patient ne présentant plus d'idées suicidaires, nous lui proposons une sortie avec reprise en charge à votre consultation, ce qu'il accepte. Il quitte donc le [...] le 11 décembre 2007, avec reprise de son traitement habituel.”

Par communication du 15 octobre 2008, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel (MOP) n'était possible actuellement compte tenu de son état de santé.

Dans un rapport du 9 février 2009 rédigé à l'intention de l'Office AI, les Dresses J._____, cheffe de clinique adjointe, et A._____, médecin-assistante de l' [...] ([...]) de [...], ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif moyen à sévère (F32.11) et de syndrome douloureux persistant (F45.4). Il ressort notamment ce qui suit de ce rapport :

“Symptômes actuels/état actuel

Le patient présente au premier plan, des plaintes somatiques sous forme de douleurs au niveau de la tête caractéristique de piqûres ou de brûlures, de sensation de barre au travers du crâne avec des sensations de décharges électriques actuellement en amélioration, de craquements et tensions dans la nuque. Par ailleurs, il se plaint d'acouphènes sous forme de bourdonnements d'abeille ou de guêpes, prédominants à droite où l'ouïe est moins bonne. Il relève également des dorsalgies et des sensations de fourmillements continuels au niveau des membres inférieurs, d'intensité variable et de crampes, la symptomatologie prédominant au membre inférieur droit mais étant présente également à gauche. Au niveau psychiatrique, la thymie est abaissée. Les idéations suicidaires sont scénarisées (sauter du haut d'un pont, arme à feu) et fluctuantes.

On relève actuellement une légère amélioration de la thymie avec diminution de l'aboulie et de l'anhédonie mais composante anxieuse importante. Par ailleurs, un discours parfois désorganisé avec des troubles formels de la pensée sous forme d'un discours confus, de coq-à-l'âne, de perplexité, ainsi qu'une certaine méfiance, des idées de concernement et d'une interprétativité (symptomatologie qui avait motivé l'introduction d'un neuroleptique) sont en voie d'amélioration. Le patient présente des troubles du sommeil ainsi que des difficultés de concentration importantes avec des oublis. On relève une baisse d'estime de soi, un isolement social et un sentiment de rejet en rapport avec la maladie. On note également une intolérance à la frustration lors d'exacerbation douloureuse ou de propos blessants augmentant le sentiment de tension, les difficultés de concentration et les acouphènes et engendrant de l'agressivité verbales, des crises clastiques voire quelques épisodes d'hétéro-agressivité physiques.

[...]

Des tests psychologiques effectués début 2008 ont montré un fonctionnement psychotique désorganisé et un niveau intellectuel limité.

[...]

Pronostic

Le pronostic est réservé. Cependant, en raison de l'introduction récente de neuroleptiques avec des premiers effets positifs, ainsi qu'une légère amélioration récente de la thymie, qui demeure cependant fluctuante, nous espérons une possible évolution positive. Dans ce sens, si l'amélioration de l'état psychique du patient devait se poursuivre, nous pensons que M. G._____ pourrait bénéficier d'un stage d'évaluation de ses capacités de travail résiduelles dans le but de pouvoir éventuellement retrouver un emploi, probablement à temps partiel. Par ailleurs, le pronostic dépend aussi des diagnostics somatiques. Des examens sont actuellement en cours."

Ces psychiatres ont attesté une incapacité de travail de l'assuré à 100% depuis le mois de janvier 2007. Les restrictions psychiques consistaient principalement en une diminution de la concentration avec des troubles mnésiques et de la tolérance à la frustration avec impulsivité. Ces médecins relevaient également une capacité limitée d'organisation et de planification ainsi qu'une intelligence limitée de l'assuré.

Mandatés experts par l'OAI, les Drs C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie du [...] ([...]) à [...], ont examiné l'assuré le 9 juin 2009. Il résulte notamment ce qui suit de leur rapport établi le 13 août 2009 :

"4. Diagnostics

Selon la (CIM-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Aucun sur le plan psychiatrique.
- Lombalgies chroniques et syndrome radiculaire déficitaire S1 droite et gauche sur la présence d'une collection liquidienne au niveau L5-S1, comprimant S1 droite (G55.1), depuis mars 2009.
- Status après discectomie L5-S1 droite (M51.1) (23 mars 2009) pour une hernie discale L5-S1.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique de janvier 2008 à mars 2009 traité efficacement par soutien psychiatrique, médicaments antidépresseurs et neuroleptiques, actuellement en rémission.

5. Appréciation psychiatrique du cas

Monsieur G. _____ est un homme serbe âgé de 43 ans, marié depuis 1985 et père de 5 enfants. Après l'école obligatoire dans son pays d'origine, il a travaillé aux vignes dans l'entreprise familiale avec son père et ses frères aînés, ce qu'il faisait depuis son enfance. Il n'a pas de diplôme professionnel. En 1991, à l'âge de 25 ans, pour des raisons économiques, il rejoint son frère aîné qui travaille déjà en Suisse dans les vignobles du [...]. Depuis 1996, il travaille comme aide-maçon, dans la même entreprise depuis 2002 jusqu'à son arrêt de travail en janvier 2007 en raison de douleurs et de lombosciatalgies secondaires à une hernie discale L5-S1. Il se rendra compte au fil des mois qu'il aura de la difficulté à reprendre son activité professionnelle. Au cours de l'année 2007, il commence à se déprimer, raison pour laquelle il est envoyé, début 2008, à l' [...] de [...] où les psychiatres posent le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux persistant pour lequel ils vont prescrire des anxiolytiques et des myorelaxants. L'évolution récente sur le plan psychiatrique est favorable suite à l'introduction en novembre 2008 d'un médicament neuroleptique Abilify® à raison de 5 puis 10 mg/j avec une compliance correcte avec des taux sériques thérapeutiques qui permet à la fois une amélioration de la thymie et de l'anxiété, et la disparition des symptômes psychotiques.

Lors de l'expertise, on ne peut observer ni constater le fonctionnement psychotique désorganisé ni le niveau intellectuel limité décrit lors des tests psychologiques début 2008. On ne peut pas non plus constater la diminution de la concentration, ni de troubles mnésiques, ni d'impulsivité, ni d'intelligence limitée, ni de mauvaise gestion des émotions et en particulier pas d'agressivité comme décrites dans son dossier. On ne retrouve pas non plus les éléments qui permettaient de poser le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique, ni celui de syndrome douloureux persistant posés en 2008 par les médecins de l' [...] de [...]. Un entretien téléphonique avec la Dresse A. _____ permettra de confirmer cette impression clinique et cette évolution psychiatrique récemment très favorable.

Par contre l'experte psychiatre est tout à fait d'accord avec les psychiatres de l' [...] qui pronostiquent une possible évolution positive et qui proposent un stage d'évaluation dans une école de réadaptation professionnelle de l'Assurance-Invalidité, l'assuré se

montrant effectivement motivé à la reprise d'une activité professionnelle et à un processus de réadaptation. Dans un contexte où on n'observe pas de signes ni revendication ni d'exagération, on peut effectivement être favorable à un processus de réadaptation qui est souhaité par l'assuré qui n'a pas envie de se retrouver dépendant financièrement d'une assurance. On ne relève pas dans la situation actuelle de facteur de stress extérieur ni de signe de discordance ou d'exagération. En accord avec la psychiatre traitante, on ne peut que recommander un processus de réadaptation professionnelle qui devrait pouvoir encore améliorer l'état psychique de l'assuré.

Autre élément positif, c'est la demande de soins clairement exprimée par l'assuré qui poursuit sa prise en charge psychiatrique depuis une année et demie malgré les changements de médecins et semble prendre correctement son traitement médicamenteux psychotrope (ce qui a été vérifié par des taux sériques thérapeutiques) avec une évolution récemment favorable. Il ne semble pas y avoir de bénéfice secondaire à l'arrêt de travail et l'entourage familial est décrit comme adéquat et soutenant. A relever aussi qu'il n'y a pas de problème de santé ni de personne invalide dans la famille d'origine de l'assuré. De plus l'intégration sociale en Suisse est bonne avec un bon apprentissage de la langue française qu'il maîtrise en tout cas très bien oralement. On peut donc considérer le pronostic comme favorable, ce pour autant que la reprise d'une activité professionnelle soit aussi possible sur le plan somatique.

Appréciation somatique

Monsieur est âgé de 43 ans. Depuis fin 2006, il présente des lombalgies avec des irradiations à bascule. Les investigations mettent en évidence une hernie discale médiane L5-S1 pouvant aussi bien comprimer la racine gauche S1 que la racine droite.

Malgré une prise en charge correcte, les douleurs ne diminuent pas. Elles s'aggravent même.

Une IRM, faite au début 2009, montre une augmentation de la hernie discale qui est devenue volumineuse et luxée vers le haut et qui comprime S1 droit. Monsieur est opéré le 23 mars 2009.

L'évolution n'est pas favorable.

L'examen clinique montre des signes irritatifs des racines nerveuses S1 droites et gauche (Lasègue, inclinaison latérale très diminuée, absence de réflexe achilléen droit, syndrome vertébral).

Une nouvelle IRM, faite en juin 2009, montre la présence d'une collection (sérome, collection de LCR ou abcès) comprimant les racines S1.

Il faut remarquer que durant l'opération une brèche durale per-opératoire a été constatée.

Il est donc important que Monsieur soit revu par les chirurgiens et qu'une décision thérapeutique soit prise.

Dans l'attente, la capacité de travail est de 0% dans toutes les activités.

Ce cas devrait être revu 6 mois après la résolution du problème clinique."

Les experts du [...] ont mentionné comme limitation physique, la compression des racines S1 qui empêchait toute activité. Ils ont retenu

une incapacité de travail totale de l'assuré sur le plan somatique depuis janvier 2007. Sur le plan psychiatrique, ils étaient d'avis que la capacité de travail était recouvrée à 100% à la date de l'expertise, à la suite d'une très nette amélioration depuis mars 2009 (à savoir la prise d'un nouveau médicament [neuroleptique] qui permettait à l'assuré de mieux gérer son agressivité). Finalement les Drs C._____ et V._____ n'ont pas conclu à l'indication de mesures de réadaptation compte tenu de la nécessité d'une consultation de neurochirurgie pour résoudre le problème aigu qui se présentait sur le plan physique. Au plan psychiatrique, le traitement en cours avec les médicaments psychotropes devait être poursuivi. Les experts précisaient encore que l'assuré était motivé pour une reprise d'activité à plein temps. La pièce suivante était annexée à ce rapport d'expertise :

- un rapport du 11 juin 2009 de la Dresse P._____ du service de radiologie de l'Hôpital [...] ([...]) d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire réalisée à trois mois après l'ablation de la hernie discale L5-S1 droite. Il résulte les constatations suivantes de ce document d'imagerie :

"Résultat

L'examen est comparé à celui du 19 janvier 2009.

Status après cure de hernie discale L5-S1 droite. Au site de la laminectomie, présence d'une collection hypointense en pondération T1 et hyperintense en pondération T2 de 3,1 x 2 x 1,2 cm. Cette collection est en contact avec la racine S1 qui est prise entre cette collection et le résidu discal L5-S1. Il pourrait s'agir d'un sérome ou d'une collection de LCR même si un abcès ne peut être exclu. A confronter à la clinique. Cette collection explique la persistance des douleurs du patient puisque la racine S1 est en conflit entre celle-ci et le disque. Sur les séquences après injection de Gadolinium, on note un réhaussement au niveau de la cicatrice autour de cette collection ainsi que dans la partie latérale droite du disque L5-S1 compatible avec le status post opératoire.

Pour le reste l'examen se présente de façon inchangée par rapport à celui [du] 19 janvier 2009."

Dans leur rapport du 16 novembre 2009, le Professeur H.H._____, chef de service ainsi que les Drs F.F._____, chef de clinique adjoint et B._____, médecin-assistant, du Centre universitaire romand de neurochirurgie du [...] n'ont pas objectivé de déficit

sensitivomoteur aux membres inférieurs et observé un Lasègue négatif des deux côtés, pas de trouble sphinctérien anamnestique, une marche sur les pointes des pieds et les talons sans particularités ainsi que des réflexes normovifs des deux côtés. Constatant une évolution favorable mise en évidence par l'IRM du 11 juin 2009, ces spécialistes ont préconisé la poursuite de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires.

Interpellé par l'OAI, le 15 avril 2010, l'expert C. _____ après avoir pris connaissance de ce rapport notamment, a indiqué ce qui suit :

“[...] La capacité de travail est entière (100 %), à partir du 1^{er} janvier 2010, dans un emploi adapté respectant les limitations suivantes : ne pas porter plus que 10 kilos, ne pas soulever plus de 10 kilos, ne pas faire des mouvements de flexion et d'extension du rachis, ne pas monter sur des échelles ou des échafaudages, ne pas rester debout plus de 45 minutes, pouvoir changer de positions toutes les 45 minutes.”

Dans un rapport du 28 mai 2010, le Dr K. _____ a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise bidisciplinaire au [...], complétée par l'avis précité, en retenant comme atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques, avec status après discectomie L5-S1 droite en mars 2009. Il mentionnait une capacité de travail nulle de l'assuré comme aide-maçon depuis le 24 janvier 2007 mais à 100% dès le 1^{er} janvier 2010 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité à dix kilos, pas de mouvements en flexion / extension du rachis, pas de travail sur des échelles ou des échafaudages et alternance de positions après quarante-cinq minutes.

Par projet de décision du 12 août 2010, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à la rente entière pour la période du 1^{er} janvier 2008 au 30 avril 2010, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail (exigibilité de 100% dans une activité adaptée) depuis le 1^{er} janvier 2010.

Informant l'Office AI de l'hospitalisation en date du 30 août 2010 de son mandant, son conseil a produit le 15 novembre 2010, un

rapport du 12 novembre 2010 établi par le Dr S.S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique au [...] dont la teneur est la suivante :

“Par la présente, nous vous adressons une réponse à votre demande de rapport du 11.11.2010 au sujet d'une hospitalisation au [...] du patient susnommé.

Tout d'abord, cette hospitalisation a été brève et s'est étendue du 30.08.2010 eu 03.09.2010 en raison d'une aggravation d'un trouble dépressif, ainsi que de lombodorsalgies chroniques.

Le diagnostic retenu lors du séjour est celui de :

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

F45.4 Syndrome douloureux persistant

L'aggravation de l'état du patient ayant mené à cette hospitalisation semblait liée à un changement de traitement antidépresseur, changement ordonné, par la Dresse A._____, psychiatre traitante du patient. En effet, les traitements antidépresseurs n'agissent pas de manière immédiate lorsqu'on les prescrit, mais mettent plusieurs jours à agir. Malgré cela et en contraction avec cette hypothèse, l'état de M. G._____ s'est rapidement amélioré et il a pu quitter le [...]. Cette hospitalisation semble donc plutôt liée à d'autres facteurs, soit probablement à des difficultés relationnelles avec son entourage, que le patient n'a toutefois pas évoquées.

Nous n'avons pas changé le traitement prescrit au patient, qui consiste en un traitement de Tramal retard, Lyrica, Dafalgan, Abilify, Edronax et Pantozol.

Nous ne pouvons nous prononcer sur les motifs justifiant l'incapacité de travail et nous n'avons délivré aucun de ces certificats. Nous ne pouvons pas non plus nous prononcer sur l'évolution de l'état du patient, car nous l'avons suivi durant un trop court laps de temps.”

Le 24 novembre 2010, l'OAI a reçu un rapport du 17 novembre 2010 de la Dresse A._____ adressé au conseil de l'assuré, et dont il résulte ce qui suit :

“Quelle a été l'évolution de l'état de santé de M. G._____ depuis son opération ?

Réponse : Sur le plan psychiatrique, nous avons observé une bonne évolution après l'opération. Malheureusement, le patient a présenté une complication post-opératoire avec une recrudescence des douleurs qui ont eu une répercussion sur son état psychique. En effet, depuis octobre 2009, nous avons observé la réapparition d'une symptomatologie dépressive avec tristesse et perte d'espoir, puis

apparition d'idéations suicidaires fluctuantes ayant nécessité une hospitalisation à fin août 2010.

Quels sont les motifs et la durée de l'hospitalisation de M. G. _____ à l'hôpital d' [...] au mois d'août de cette année ?

Réponse : M. G. _____ a été hospitalisé 5 jours dès le 30.8.2010 au Centre de Psychiatrie du [...] pour être protégé d'un geste suicidaire scénarisé (pendaison ou saut dans le vide) alors qu'il avait présenté un épisode hétéro-agressif vis-à-vis de son épouse dans un contexte d'irritabilité en lien avec l'état dépressif et la difficulté de supporter des douleurs chroniques.

Quel a été le diagnostic posé et l'éventuelle médication prescrite ?

Réponse : Le diagnostic posé a été un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, un syndrome douloureux persistant et une hernie discale L5-S1 droite, avec status post décompression en mars 2009. Il n'a pas eu de changement de traitement médicamenteux : en effet, l'antidépresseur venait d'être modifié en raison de la suspicion d'interaction médicamenteuse avec les anti-douleurs.

Comment a évolué la capacité de travail de M. G. _____ depuis son opération à ce jour ?

Réponse : Au niveau psychiatrie, le patient a tout d'abord présenté une bonne évolution ayant permis d'imaginer une possibilité de reprendre un travail une fois les douleurs diminuées. Cependant, suite à la réapparition des douleurs, l'état psychique de M. G. _____ s'est à nouveau détérioré, surtout depuis octobre 2009. Il n'est actuellement pas en mesure de travailler.

Quels sont les motifs qui justifient l'incapacité de travail actuelle ou, au cas échéant, sa capacité de travail ?

Réponse : M. G. _____ présente actuellement une symptomatologie dépressive importante avec tristesse, perte de l'élan vital, troubles de la concentration, oublis, ruminations, idéations suicidaires. Sur le plan somatique, M. G. _____ souffre de fortes douleurs au niveau des membres inférieurs, mais aussi du dos et de la tête.

Pour autant que vous estimiez qu'il existe une incapacité de travail actuelle, peut-on justifier d'une aggravation depuis le rapport du [...] ? Si oui, sur quelle base ? Cela justifie-t-il un complément d'expertise ?

Réponse : L'expertise a été effectuée au moment où M. G. _____ se trouvait dans une période où la symptomatologie dépressive s'était amendée. Actuellement le status psychiatrique n'est pas superposable à celui effectué par la Dresse V. _____ lors de l'expertise, observation qui était à l'époque concordante avec la nôtre."

L'assuré a fait valoir ses objections le 22 novembre 2010 sur le projet du 12 août 2010. Soutenant que son état de santé évoluait défavorablement tant sur le plan physique (complication post opératoire) que psychique (épisode dépressif sévère), il a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente entière et subsidiairement, une expertise complémentaire ainsi qu'un stage d'observation professionnelle afin d'évaluer sa capacité de travail.

Mandaté expert par l'OAI, la Dresse Q.Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré le 6 juin 2011. Il résulte notamment ce qui suit de son rapport établi le 11 juillet 2011 :

"4. Diagnostics

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, présent depuis 2007.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique F33.10 (1^{er} épisode en 2007, 2^{ème} épisode dès octobre 2009).

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Aucun sur le plan psychique.

5. Appréciation psychiatrique du cas et pronostic

[...]

A l'examen clinique de ce jour, Monsieur présente une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, un temps d'endormissement fluctuant et ponctuellement, une idéation suicidaire (absente le jour de l'examen) ; ces symptômes correspondent à un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. En effet, M. G. _____ ne présente pas d'incapacité à ressentir des émotions, de réveil très matinal, d'état d'abattement matinal, de perte marquée d'appétit ou de perte pondérale de plus de 5 % en un mois.

On ne peut évoquer un trouble de personnalité au sens de la CIM-10. Le fait de présenter une structure psychotique de personnalité selon

un examen psychologique ne correspond pas cliniquement à un trouble de personnalité en soi. Par ailleurs, le traitement neuroleptique a permis une amélioration partielle de l'auto et de l'hétéro agressivité. Monsieur ne présente plus de désorganisation psychique. Toutefois, l'expertisé présente une intelligence limite, une personnalité fruste et peu différenciée entraînant une diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage.

M. G. _____ ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose.

Les plaintes sont essentiellement des algies, sans substrat somatique clair, accompagnées d'une détresse émotionnelle et de conflits psychosociaux conséquents. Ceci permet de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Ce trouble somatoforme s'accompagne d'une comorbidité psychiatrique d'acuité et de durée suffisamment conséquentes sous forme d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (2^{ème} épisode).

Monsieur ne présente pas de perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il maintient des contacts réguliers avec sa famille proche et quelques amis rencontrés dans des cafés. Quatre fois par jour, l'expertisé accompagne ses deux enfants cadets à l'école et marche ainsi une dizaine de kilomètres par jour. Monsieur peut fonctionner dans son quotidien.

Au vu de l'évolution, l'état paraît cristallisé.

Divers traitements ont été prescrits avec une discrète amélioration pour certains d'entre eux. A ce jour, le taux sérique d'escitalopram n'est pas thérapeutique.

Les ressources psychiques sont amoindries mais non absentes.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, entraînent comme limitations une baisse du seuil à la douleur, une réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage, une perte de confiance en soi, un abaissement de l'énergie vitale, des ruminations avec ponctuellement des idées suicidaires scénarisées. Ces limitations interfèrent de 40% dans une activité simple.

Toutefois le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, paraît compromis car M. G. _____ s'estime dans l'incapacité d'exercer son ancienne activité et d'apprendre un nouveau métier."

L'expert psychiatre a mentionné des limitations (qualitatives et quantitatives) sur le plan psychique et mental en lien avec le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif moyen sans

syndrome somatique, à savoir : une baisse du seuil à la douleur, une réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage, une perte de confiance en soi, un abaissement de l'énergie vitale, des ruminations avec ponctuellement des idées suicidaires scénarisées. La Dresse Q.Q._____ a pris position comme il suit s'agissant de la capacité de travail de l'expertisé :

"2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les troubles psychiques entraînent un abaissement du seuil à la douleur, une réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage, une irritabilité et un abaissement de l'énergie vitale avec un discret ralentissement psychomoteur.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle de travail est de 60 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Sur le plan psychique, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 5 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement dans une activité à 60 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Incapacité de travail de 20 % au moins depuis janvier 2007.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

- 100 % de janvier 2007 à mars 2009 (selon certificats médicaux).
- 0 % de mars 2009 à octobre 2009 (épisode dépressif en rémission).
- 40 % d'octobre 2009 à ce jour (2^{ème} épisode dépressif moyen).

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Les troubles psychiques interfèrent en partie sur l'adaptation à un environnement professionnel."

Concernant les mesures de réadaptation, l'experte a relevé que théoriquement, des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables, mais que l'assuré s'estimant dans l'incapacité d'exercer son activité antérieure et d'apprendre un nouveau métier, de telles mesures seraient par conséquent vouées à l'échec. Elle a estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 60% à raison de cinq heures par jour sans diminution du rendement dans une activité adaptée (simple), depuis octobre 2009.

Dans un avis SMR du 18 juillet 2011 lu et approuvé par le Dr T.T._____, le Dr K._____ a indiqué ce qui suit :

“L'expertise de la Dresse Q.Q._____ met en évidence un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. Il s'agit en l'occurrence d'une comorbidité significative. Une partie des critères de gravité reconnus par la jurisprudence est présente.

Dans ces conditions, l'expert admet une incapacité de travail de 40% dans une activité simple depuis octobre 2009. Des mesures professionnelles ont peu de chances d'aboutir, l'assuré s'estimant incapable d'apprendre un nouveau métier ou de reprendre son ancienne activité.

Selon l'expert, la poursuite du traitement psychothérapeutique et l'augmentation de la posologie de l'antidépresseur, assortie de dosages plasmatiques, sont médicalement exigibles et susceptibles d'améliorer la capacité de travail. Ce point devrait être notifié à l'assuré en cas d'octroi de prestations. Pour la période antérieure, notre rapport de mai 2010 fait foi.”

Selon un rapport final du 6 décembre 2011 de la division réadaptation de l'OAI, l'assuré semblait alors très atteint psychologiquement et avait déclaré ne pas être en mesure de retravailler ou de suivre une mesure. Il était constaté que tout reclassement était impossible, une approche théorique étant nécessaire.

Par courrier du 31 juillet 2012, l'assuré a soutenu que l'experte Q.Q._____ n'avait pas tenu compte de ses limitations intellectuelles dans l'appréciation de la capacité de travail et demandait un complément d'expertise sur ce point par le biais de tests psychologiques à mettre en

œuvre. Il a produit un avis du 29 juin 2012 de la Dresse A._____ adressé à son conseil et dont il résulte ce qui suit :

“Nous avons bien reçu vos courriers des 14.12.2011 et 21.05.2012. Vous nous demandez notre avis concernant l’expertise du 11.07.2011 effectuée par Dresse Q.Q._____ et demandée par l’OAI.

La seule remarque que je pourrais formuler consiste en la non prise en compte de la limitation intellectuelle présentée par M. G._____. En effet, un QI performance avait été évalué à 48 lors des tests psychologiques effectués par Mme [...] en février et mars 2008, alors qu’il était de 56 lors de l’examen de mai-juin 2011. Ce résultat correspond à un niveau intellectuel très faible, compatible avec une intelligence limite, voire un retard mental léger.

Un tel niveau intellectuel interfère sur la capacité de travail chez cet homme, par ailleurs démuni sur le plan défensif et chroniquement déprimé. Une nouvelle évaluation du QI performance (M. G._____ n’étant pas de langue française) pourrait être effectuée. A noter que le résultat du QI performance de 2008 est indiqué à la page 12 de l’expertise de la Dresse Q.Q._____.

Rappelons pour mémoire, que l’on parle d’intelligence limite avec un QI total de 70 à 84, de retard mental léger (F70) avec un QI de 50 à 69 et de retard mental moyen (F71) avec un QI total de 35 à 49. A noter que lors des tests, le QI verbal n’a pu être évalué en raison [de] la langue. Ainsi, seul le QI performance a été réalisé.”

Dans un avis SMR du 15 août 2012, le Dr K._____ a mentionné ce qui suit :

“Dans le cadre de l’audition, Me Subilia objecte que la Dresse Q.Q._____ n’aurait pas tenu compte des limitations intellectuelles de l’assuré dans son appréciation de la capacité de travail.

Cette objection est infondée

- En page 6 de l’expertise, la Dresse Q.Q._____ cite un extrait du rapport du Dr Z._____ du 21.3.2008 « *capacité de compréhension et d’adaptation limitée par le niveau intellectuel* ».
- En page 7, citation du rapport de la Dresse A._____ du 9.2.2009 « *des tests psychologiques effectués début 2008 ont montré (.) un niveau intellectuel limité* »
- En page 7 encore, citation du même rapport « *Limitations (.) Intelligence limitée* »
- En page 8, citation d’un rapport d’expertise bidisciplinaire du 13.8.2009 « *lors de l’expertise, on ne peut observer ni constater*

le fonctionnement psychotique désorganisé ni le niveau intellectuel limité décrit lors des tests psychologiques début 2008 »

- En page 12, citation extensive de l'examen psychologique du 15.2 et 7.3. 2008 : « *les résultats () obtenus à cette échelle (QIP = 48) (.) mettent en évidence un niveau intellectuel limité »*
- En page 23, l'expert fait état du status clinique : « *cliniquement, l'intelligence est limitée »*
- En page 27, sous Appréciation du cas et pronostic, l'expert note : « *l'expertisé présente une intelligence limitée, une personnalité fruste et peu différenciée entraînant une diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage »*
- La réduction des capacités adaptatives et d'apprentissage est à nouveau mentionnée en page 29, sous le chapitre des Limitations au plan psychique et mental

L'expertise de la Dresse Q.Q. _____ mentionne les limitations intellectuelles au moins huit fois. On ne peut pas sérieusement avancer qu'elle n'en a pas tenu compte dans son appréciation de la capacité de travail.

Enfin, les capacités intellectuelles de l'assuré sont présentes depuis l'enfance. Si faibles soient-elles, elles n'ont pas empêché M. G. _____ de travailler dans l'économie normale de 1991 à 2007 pour divers employeurs."

Du 25 mars au 30 avril 2013, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle auprès du Centre Orif à [...]. Il résulte en particulier les constatations et conclusions suivantes du rapport final du 5 juin 2013 des responsables de ce centre :

"5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

Conformément à votre demande, nous avons accueilli M. G. _____ pour un stage d'observation professionnelle (Art. 69 RAI) du 25.03.2013 au 30.04.2013.

D'un point de vue pratique, la compréhension des consignes peut procurer des difficultés. En effet, il a besoin de plusieurs démonstrations avant d'être autonome. Sa mémoire ne semble pas bonne, certains jours, nous devons lui réexpliquer 4 à 5 fois les consignes. Il ne sait pas lire ou écrire en français. Nous lui avons demandé d'écrire un journal de travail dans sa langue maternelle, mais il n'en a pas été capable. Sa fiabilité est très aléatoire. Certaines activités sont bonnes, d'autres très mauvaises. Il n'a pas de constance, il n'arrive pas à rester concentré face à une activité. Il donne l'impression à son interlocuteur de ne plus être présent ou concerné par ce qu'il fait. Sa vision spatiale est très moyenne, il peine à réaliser des exercices en trois dimensions comme de la

soudure à l'étain, il a besoin d'une forte aide d'un tiers pour y arriver. Il manque de sens pratique, Il n'est pas capable de faire face à la difficulté, si un problème survient il appelle la maîtrise. Il n'a aucun esprit d'initiative, il n'a pas la logique d'un travailleur.

D'un point de vue physique, et en considérant nos activités allégées, nous sommes en face d'une personne qui travaille principalement en position assise, mais il éprouve le besoin d'alterner les positions. En effet, son dos est rigide, il a besoin de marcher pour se détendre. Il peine à changer de positions, il doit prendre appui pour se lever. Il ne présente pas de limitation particulière dans l'usage de ses membres supérieurs. Il agit correctement, il manipule sans difficulté les outils. Un léger tremblement de sa main gauche peut être observé, mais avec peu de conséquences. Malgré cela, il manque de dextérité, la qualité des travaux fins est assez faible, il est plus à l'aise dans des travaux répétitifs comme du montage mécanique simple, la qualité produite pour ce genre de travaux est meilleure. Sa productivité se situe entre 30% à 50%, une seule activité a été faite en début de stage plus rapidement. Sa productivité est restée la même une fois que le taux d'activité de son stage a passé à 50%. En effet, en milieu de mesure, l'horaire du stage a été diminué, car l'assuré dit ne plus arriver à supporter les douleurs, mais sans pour autant que sa productivité augmente. Il n'a pas été capable d'accélérer et d'acquérir des automatismes. Il agit sans pouvoir accélérer. Il manque de dynamisme, il n'a aucune vivacité.

Durant son séjour à l'Orif COPAI, M. G. _____ a effectué le test VALPAR 8, test de courte durée simulant un travail à la chaîne. Il est aussi observé des tremblements de sa main gauche, mais surtout sa gestuelle est saccadée. Il peine à coordonner ses deux membres en même temps. Son score est bon, dans les 80% de rendement, mais il s'épuise et ne fait plus rien le reste de la journée. Sa production est de bonne qualité.

Le comportement de l'assuré dans nos locaux est bon. Il ne formule que peu de plainte, il est aimable. Il est de bonne commande, faisant toutes les activités sans hésiter. L'assuré est très passif, sans énergie, il semble très déconditionné. Il ne paraît que peu concerné, il ne s'implique ou ne s'intéresse pas. Son attitude est toujours la même, apathique à son poste, il semble attendre la fin de la mesure. Il est d'allure assez négligée, donnant l'impression d'être dans une sorte de détresse psychique. Le travail paraît secondaire. Le stage de M. G. _____ a été prolongé, car il a manqué de nombreux jours à cause d'un deuil dans sa famille. Il n'a pas hésité à accepter de le prolonger.

Durant son séjour à l'Orif COPAI, M. G. _____ a effectué un stage en entreprise. Il a de l'emballage et du conditionnement d'appareil électronique ainsi que le tri de pièces. La compréhension des consignes est un peu laborieuse. Il lui faut du temps pour emmagasiner une donnée démonstrative, pour un travail simple. Il ne montre pas de limitation physique pour ce travail, mais sa gestuelle manque de précision. Il lui faut un peu de temps pour arriver à une bonne qualité de production. Sa vitesse est assez lente, il manque d'énergie et de vivacité. Il est très apathique. Il ne montre aucune motivation, aucune envie, il semble subir les événements.

M. G._____ travaille principalement en position assise, prenant régulièrement des pauses. Ses déplacements se font lentement, son dos reste droit. Sa productivité se situe dans les 50%. Il faut préciser que ce stage s'est fait à 100%, l'assuré a changé son taux de travail la semaine suivante. Le responsable signale que cette personne paraît endormie et peu intéressée par le travail. En revanche son comportement est bon. Il est docile, de bonne commande. Il ne semble pas que sa vitesse de travail puisse s'accélérer.

6. CONCLUSION

En conclusion, notre équipe d'observation est d'avis qu'il nous est difficile de nous prononcer sur la capacité de travail de M. G._____. Il n'est pas dans une dynamique de travail, bien qu'il semble posséder certaines aptitudes. En effet, au niveau des limitations, un travail industriel léger, genre montage mécanique, ou du conditionnement, par exemple, doit être possible, mais il ne semble pas capable de mettre ces compétences en valeur. Sa productivité n'a pas bougé lors du changement de taux d'activité. Il n'a aucune énergie, il est passif, aucun employeur ne l'engagerait, en l'état actuel.

7. OPINION DE L'ASSURE

M. G._____ est d'accord avec les observations figurant dans le rapport. Il maintient qu'une reprise professionnelle n'est actuellement pas possible en raison de son état de santé.

La séance de bilan interne a eu lieu le 16/05/2013 en présence de M. [...] de l'OAI-VD, de l'assuré, de Mme [...] psychologue-conseillère en orientation et de M. [...] maître socioprofessionnel.”

A ce rapport était joint celui établi le 13 mai 2013 par le Dr I._____, médecin-conseil, dont la conclusion est la suivante :

“Discussion

M. G._____ est un serbe albanais de 45 ans, aide-maçon, à l'arrêt de travail depuis 2006 à la suite d'une hernie discale lombaire avec sciatalgie L5 bilatérale non déficitaire. Ni les traitements conservateurs ni l'opération n'ont apporté d'amélioration. Il a également des cervicalgies et a, en fait, mal partout, si bien qu'on a retenu le diagnostic de syndrome douloureux persistant. Le SMR retient les diagnostics de lombalgies chroniques, status après discectomie L5-S1 droite en mars 2009 et les diagnostics associés non du ressort de l'AI : épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission. Il estime nulle la capacité de travail comme aide-maçon et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Nous n'avons pas d'élément objectif sur le plan médical pour rediscuter cette estimation.

A l'atelier, M. G._____ exécute les tâches demandées de façon lente, sans énergie, sans vivacité, sans motivation. Il se lève souvent, va se promener et attend que le temps passe et que le

stage se termine. Il reste dans son coin, n'établit pas le contact avec les autres stagiaires, se plaint un peu à la maîtrise de son dos. Il n'accélère jamais son rythme de travail. Il n'y a aucune différence dans son état, ni dans ses performances ni dans ses comportements entre le travail à 50 % et 100 % du temps. On n'a pas observé de limitation fonctionnelle majeure. Il donne l'impression d'avoir une rigidité du dos, ce qui entraîne des limitations fonctionnelles habituelles liées au rachis, décrites par le SMR. Il alterne les positions, ce qui est habituel chez les lombalgiques.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est bien en peine de conclure sur la base de ce que l'assuré nous a donné à voir. Il obtient chez nous des rendements de l'ordre de 30 à 50 %, que ce soit dans le mi-temps ou dans le plein temps, mais nous ne sommes pas certains, tant s'en faut, qu'il a donné le maximum. Ces faibles performances s'expliquent subjectivement par les douleurs, mais ne trouvent pas d'explication médicale objective. Avec un peu plus de motivation et d'énergie, M. G. _____ pourrait exercer une activité qui respecte les limitations fonctionnelles du rachis, activités légères, semi-sédentaires, permettant les changements de position."

Le 26 juin 2013, l'assuré a fait part à l'OAI de ses déterminations sur le rapport / bilan de stage précité. Il demandait l'octroi d'une rente, soutenant ne pas être en mesure de réintégrer un poste sur le marché du travail en raison de son état de santé. Il a joint en annexe à ses observations, un certificat du 21 juin 2013 du Dr Z. _____ établi à la demande de son conseil. Ce document est ainsi libellé :

"J'ai eu l'occasion de discuter aujourd'hui en consultation avec M. G. _____. Il m'a soumis le rapport final de l'Orif concernant son stage d'observation et en particulier les conclusions du Dr I. _____ qui trouve M. G. _____ peu concerné par les activités professionnelles proposées, sans énergie ni motivation.

Il pourrait selon lui de ce fait exercer une activité légère avec uniquement des restrictions quant à ses problèmes de dos.

Je rappelle que M. G. _____ ne souffre pas que d'un problème orthopédique mais qu'il est également suivi pour un état dépressif ce n'est donc pas un manque de motivation qui le rend apathique mais bien son état psychologique ainsi que les nombreux médicaments proposés et utilisés qui en sont la cause (consommateur régulier de Novalgine, Tramal, Sirdalud, Indérial, Remeron et Abilify).

Il me semble donc que cette conclusion est un peu légère, le seul élément que j'en retirerais est que M. G. _____ présente effectivement un état peu compatible avec le monde économique mais surtout pour raisons de santé."

Par courrier du 27 mars 2014, le conseil de l'assuré a transmis à l'Office AI, un rapport du 24 février 2014 du Dr O._____, chef de clinique adjoint de l' [...] [...] dont il résulte notamment ce qui suit :

"[...] Monsieur G._____ est suivi pour un trouble dépressif récurrent passé actuellement à un stade de chronicité pour lequel il est sous :

- Venlafaxine à la dose de 150mg par jour,
- Aripiprazole à la dose de 10mg par jour et
- Vitamine E100 3 comprimés par jour

Depuis juin 2012 et jusqu'à actuellement, l'évolution de la symptomatologie de M. G._____ s'est faite d'un redressement, qui reste partiel, de son humeur et une plainte qui n'est plus exclusivement centrée sur les symptômes douloureux mais qui intègre les difficultés cognitives. D'ailleurs M. G._____ se plaint de moins en moins de la dynamique dysfonctionnelle de couple qu'il décrivait auparavant. Cependant cette amélioration partielle ne semble pas avoir retenti sur sa capacité de travail et de rendement, quoiqu'actuellement nous essayons avec M. G._____ d'exploiter le regain d'énergie relatif qu'il présente dans des activités visant justement à faciliter la reprise des activités du patient (ergothérapie)."

Le 31 mars 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'octroi de rente annulant et remplaçant le précédent. Il lui faisait part de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2008 puis, dès le 1^{er} avril 2010, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé au 1^{er} janvier 2010, à un quart de rente. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

"Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité d'aide-maçon.

Atteint dans votre santé, vous présentez depuis le 24 janvier 2007 une incapacité de travail totale dans l'exercice de votre activité habituelle. C'est à partir de cette date que court le délai de carence d'une année.

[...]

Une première expertise rhumatologique et psychiatrique a été effectuée en juin 2009 auprès du [...] ([...]), complétée en juin 2011 par une nouvelle expertise psychiatrique réalisée auprès de la Dresse Q.Q._____.

De ces rapports d'expertises, il ressort que votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle d'aide-maçon depuis le 24 janvier 2007.

Par contre, dans une activité adaptée à votre atteinte, soit une activité simple respectant les limitations suivantes : port de charges limité à 10 kg, pas de mouvements en flexion et extension du rachis, pas de travail sur échelles ou échafaudages, permettre l'alternance des positions après 45 minutes, vous conservez depuis le 1^{er} janvier 2010 une capacité de travail de 60 %.

Ces rapports d'expertise se basent sur des examens complets, prennent en compte les plaintes exprimées et décrivent clairement le contexte médical. Leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Ces expertises ont dès lors pleine valeur probante.

Un stage d'observation et d'évaluation a été effectué du 25 mars 2013 au 30 avril 2013 et valide le fait que des activités industrielles légères respectant les limitations fonctionnelles précitées sont adaptées et sont donc réalisables. Tel serait le cas par exemple d'activité[s] de petit montage-assemblage, de surveillance d'un processus de production, ou d'ouvrier de production.

A noter qu'il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Votre préjudice économique, et par conséquent votre degré d'invalidité, est ainsi calculé ;

A l'échéance du délai de carence d'un an, soit au 24 janvier 2008, votre incapacité de travail est entière dans l'exercice de toute activité lucrative. Aucune capacité de gain n'étant réalisable, votre degré d'invalidité est alors de 100 %. Ce taux ouvre le droit à une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2008.

A partir du 1^{er} janvier 2010, une capacité de travail de 60 % vous est reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée. Pour déterminer votre préjudice économique, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité d'aide-maçon, CHF 58'857.64 pour 2010, est comparé aux gains que vous pouvez réaliser, en 2010, dans l'exercice à un taux de 60 % d'une activité adaptée ;
[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'806.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41.7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'010.26 (CHF 4'806.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 60'123.06.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2010 (+ 2.10 % de 2008 à 2009, + 0.8 % de 2009 à 2010) ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de

CHF 61'878.73 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 60 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 37'126.03 par année.

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées et du taux d'occupation, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 33'413.43.

Le degré d'invalidité présenté dès janvier 2010 est de :

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 58'857.65

avec invalidité CHF 33'413.43

La perte de gain s'élève à CHF 25'444.22 = un degré d'invalidité de 43.23%

Ce taux, arrondi à 43 %, ouvre le droit à un quart de rente. Conformément à l'article 88a RAI, la rente est diminuée trois mois après l'amélioration, soit au 1^{er} avril 2010.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1.1.2008, le droit à une rente entière est reconnu.

Puis, dès le 1.4.2010, soit trois mois après l'amélioration du 1^{er} janvier 2010, le droit à un quart de rente est reconnu.

La rente est versée sous déduction des indemnités journalières AI perçues."

Dans ses observations du 5 mai 2014, l'assuré a notamment contesté l'amélioration de son état de santé dès le 1^{er} avril 2010, soutenant présenter actuellement encore une incapacité de travail totale. Il se référait aux pièces médicales produites par ses soins les 26 juin 2013 et 27 mars 2014 ainsi qu'au rapport du 5 juin 2013 des responsables du centre Orif de [...]. Il contestait en outre les montants retenus par l'Office AI pour le calcul de son taux d'invalidité, arguant que le revenu sans invalidité exigible s'élèverait en réalité à 64'972 francs. Après comparaison avec celui d'invalidé (27'844 fr.) moyennant la prise en compte d'un abattement de 25% au vu de ses limitations fonctionnelles, il en résulterait une perte de gain de 37'128 fr. qui correspond à un degré d'invalidité de 57.1% ($[37'128 \text{ fr.} / 64'972 \text{ fr.}] \times 100$).

Dans un avis SMR du 24 juin 2014, le Dr K._____ a estimé que les contestations de l'assuré ne reposaient pas sur des éléments médicaux objectifs nouveaux ou inconnus de sorte qu'il n'existait aucun motif justifiant de modifier le taux d'incapacité de travail de 40% dans une activité simple depuis le 1^{er} janvier 2010, compte tenu d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, présents chez l'assuré.

Par courrier du 1^{er} mai 2015, l'assuré a fait part d'une nouvelle hospitalisation au [...], du 18 mars au 7 avril 2015. Ce séjour l'avait été en raison d'une péjoration de sa symptomatologie dépressive avec des idées suicidaires. Compte tenu de la chronicité de son état, il maintenait sa demande de rente entière. En annexe à ce courrier, les pièces suivantes ont été produites :

- un certificat du 7 avril 2015 du Dr Z.Z._____, médecin-assistant au [...], certifiant que l'assuré a été hospitalisé du 18 mars au 7 avril 2015 et qu'il présentait une incapacité de travail totale sur l'ensemble de cette période ;

- un rapport du 23 avril 2015 dans lequel les Drs R.R._____, médecin-adjoint, et U._____, médecin-assistante de l' [...] de [...], ont répondu en ces termes aux questions adressées par le conseil de l'assuré :

"Quel est le diagnostic actuel posé, le traitement et la médication prescrits ?

Diagnostic :

F32.2 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique.

F45.4 Syndrome douloureux persistant.

Z59 Difficultés économiques.

Médication :

Tranxilium 10 mg 2x/j.

Venlafaxine 75 mg 2x/j.

Abilify 10mg 1x/j.

Quelle a été l'évolution de l'état de santé de M. G._____ depuis le dernier rapport du Dr O._____ du 24 février 2014 ?

Malgré un état stationnaire depuis plusieurs mois, avec une symptomatologie dépressive résiduelle à la fin de la prise en charge

par le Dr O. _____ en octobre 2014, le patient avait décidé de poursuivre son suivi chez son médecin-traitant, le Dr Z. _____. Toutefois, il a reconsulté chez nous en janvier 2015 et dans le contexte d'une péjoration de sa symptomatologie dépressive avec des idées suicidaires et la nécessité d'un signalement au SPJ [Service de protection de la jeunesse], il a été hospitalisé au [...] du 18 mars 2015 au 07 avril 2015, date de son retour à domicile.

Quel est l'impact de l'état de santé actuel de M. G. _____ sur sa capacité de travail et de rendement ?

Nous ne notons pas d'amélioration de sa capacité de travail et de son rendement au vu d'une péjoration de sa symptomatologie et de la nécessité d'une hospitalisation. La situation sera à réévaluer à distance de l'hospitalisation.

Qui est en charge actuellement du traitement de M. G. _____ ? D'autres médecins pourraient-ils nous renseigner utilement sur son état de santé ? Si oui, lesquels ?

Le suivi est actuellement assuré par moi-même jusqu'à fin avril 2015 avec un relais par le Dr L.L. _____ à partir du 1^{er} mai 2015. Le médecin traitant actuel du patient est le Dr Z. _____."

Le 18 mai 2015, l'OAI s'est adressé en ces termes au conseil de l'assuré :

"Par projet de décision du 31 mars 2014, nous avons reconnu le droit à la personne susmentionnée à une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 31 mars 2010 puis à un quart dès le 1^{er} avril 2010.

Dans votre courrier du 5 mai 2014, vous contestez notre position et alléguiez :

- que Monsieur G. _____ présente encore une incapacité totale de travail.
- que le calcul du préjudice économique devrait tenir compte d'un salaire annuel de CHF 64'972.00 s'agissant du revenu sans invalidité et d'un abattement de 25% pour le revenu d'invalidité.

Concernant la capacité de travail de l'assuré, son dossier a une nouvelle fois été transmis à notre Service Médical Régional pour examen. Il en ressort qu'il n'existe aucun élément médical dont nous n'avions pas tenu compte et qu'il n'y a dès lors pas lieu de modifier notre position au niveau de l'exigibilité médicale retenue.

S'agissant du calcul du préjudice économique, il convient de relever que le revenu que vous mentionnez, soit CHF 64'972.00 ne correspond pas à la réalité des gains que l'assuré aurait pu percevoir. En effet, la moyenne des revenus soumis à cotisations en 2003 et 2006 se monte à CHF 57'200.00. C'est donc ce chiffre que nous avons retenu étant donné qu'il représente les salaires perçus par l'assuré depuis plusieurs années et correspond également aux

revenus communiqués par son employeur. Après indexation à 2010, le revenu sans invalidité se monte donc à CHF 61'006.51.

Enfin, concernant le revenu d'invalidé, force est d'admettre qu'un abattement de 25% n'est pas justifié au vu de sa situation. En effet, l'atteinte dont il souffre a déjà largement été pris en considération lorsque nous avons admis une diminution de la capacité de travail de 40%, et ceci même dans une activité adaptée.

Nous reconnaissons toutefois qu'un abattement maximum de 15% peut être retenu en raison de ses limitations fonctionnelles et du taux d'occupation.

Le revenu d'invalidé se monte dès lors à CHF 31'193.88 à 60% (selon données de l'Office fédéral de la statistique, le revenu mensuel en 2010 est de CHF 4'901.00 et l'horaire de travail moyen des salariés de 41.6h/semaine).

Au vu de ce qui précède, le nouveau préjudice économique de 48.87% ne modifie pas le droit à la rente que nous avons reconnu à l'assuré. Dès lors, nous maintenons notre position.

Vous recevrez ultérieurement une décision chiffrée accompagnée d'une motivation contenant les modifications précitées, contre laquelle il vous sera loisible de recourir auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans les 30 jours qui suivront sa notification."

Par décision du 7 juillet 2015, l'OAI a alloué à partir du 1^{er} janvier 2008, une rente entière puis, dès le 1^{er} avril 2010, un quart de rente. Cette décision l'était notamment sur la base des constatations suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité d'aide-maçon.

Atteint dans votre santé, vous présentez depuis le 24 janvier 2007 une incapacité de travail totale dans l'exercice de votre activité habituelle. C'est à partir de cette date que court le délai de carence d'une année.

[...]

Une première expertise rhumatologique et psychiatrique a été effectuée en juin 2009 auprès du [...] ([...]), complétée en juin 2011 par une nouvelle expertise psychiatrique réalisée auprès de la Dresse Q.Q. _____.

De ces rapports d'expertises, il ressort que votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle d'aide-maçon depuis le 24 janvier 2007.

Par contre, dans une activité adaptée à votre atteinte, soit une activité simple respectant les limitations suivantes : port de charges limité à 10 kg, pas de mouvements en flexion et extension du rachis,

pas de travail sur échelles ou échafaudages, permettre l'alternance des positions après 45 minutes, vous conservez depuis le 1^{er} janvier 2010 une capacité de travail de 60 %.

Ces rapports d'expertise se basent sur des examens complets, prennent en compte les plaintes exprimées et décrivent clairement le contexte médical. Leurs conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Ces expertises ont dès lors pleine valeur probante.

Un stage d'observation et de dévaluation a été effectué du 25 mars 2013 au 30 avril 2013 et valide le fait que des activités industrielles légères respectant les limitations fonctionnelles précitées sont adaptées et sont donc réalisables. Tel serait le cas par exemple d'activité[s] de petit montage-assemblage, de surveillance d'un processus de production, ou d'ouvrier de production.

A noter qu'il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Votre préjudice économique, et par conséquent votre degré d'invalidité, est ainsi calculé ;

A l'échéance du délai de carence d'un an, soit au 24 janvier 2008, votre incapacité de travail est entière dans l'exercice de toute activité lucrative. Aucune capacité de gain n'étant réalisable, votre degré d'invalidité est alors de 100 %. Ce taux ouvre le droit à une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2008.

A partir du 1^{er} janvier 2010, une capacité de travail de 60 % vous est reconnue dans l'exercice d'une activité adaptée. Pour déterminer votre préjudice économique, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité d'aide-maçon, CHF 61'006.51 pour 2010, est comparé aux gains que vous pouvez réaliser, en 2010, dans l'exercice à un taux de 60 % d'une activité adaptée ;

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41.6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 60 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 36'698.69 par année.

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles présentées et du taux d'occupation, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi à CHF 31'193.88.

Le degré d'invalidité présenté dès janvier 2010 est de :

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 61'006.51

avec invalidité CHF 31'193 88

La perte de gain s'élève à CHF 29'812.63 = un degré d'invalidité de 48.87%

Ce taux, arrondi à 49 %, ouvre le droit à un quart de rente. Conformément à l'article 88a RAI, la rente est diminuée trois mois après l'amélioration, soit au 1^{er} avril 2010.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1.1.2008, le droit à une rente entière est reconnu.

Puis, dès le 1.4.2010, soit trois mois après l'amélioration du 1^{er} janvier 2010, le droit à un quart de rente est reconnu.

La rente est versée sous déduction des indemnités journalières AI perçues."

B. Par acte du 7 août 2015, G._____, représenté par Me Olivier Subilia, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant avec dépens, principalement à la réforme de la décision querellée en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée dès le 1^{er} janvier 2008. Subsidiairement, il conclut à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le Tribunal en conformité avec la nouvelle jurisprudence applicable à l'évaluation de sa capacité de travail. Il soutient en premier lieu que l'expertise psychiatrique de juillet 2011 de la Dresse Q.Q._____, sur laquelle l'intimé se base dans sa décision, ne saurait être prise en considération étant entendu d'une part, qu'elle date de plus de quatre ans et, d'autre part, que la jurisprudence en matière de troubles somatoformes a évolué depuis. Indiquant souffrir d'un trouble dépressif récurrent depuis 2007 distinct du diagnostic de troubles somatoformes douloureux, il allègue une évolution défavorable sur le plan physique consécutive à l'opération de mars 2009 (douleurs persistantes), qui est la cause d'une péjoration de son état de santé psychique. Relevant que les constatations de la Dresse Q.Q._____ sont très différentes de celles du premier expert psychiatre (en l'occurrence, la Dresse V._____ en juin

2009), le recourant dit ne pas saisir les motifs conduisant le second expert mandaté à lui imputer une capacité de travail de 60% sur le plan psychiatrique. Cette appréciation serait d'ailleurs en contradiction avec les avis non seulement du médecin traitant mais également avec ceux de tous les spécialistes l'ayant suivi au [...]. Il en conclut qu'en tout état de cause, son état de santé a évolué sur le plan psychiatrique depuis l'évaluation de la Dresse Q.Q._____. S'en référant aux observations effectuées durant son stage à l'Orif de [...] au printemps 2013, à savoir qu'aucun employeur n'est disposé à l'engager, il soutient que le comportement décrit est dû à la maladie, soit sa dépression. Sa forte et constante médication depuis plus de huit ans avec en particulier des neuroleptiques, influencerait son caractère et son comportement au quotidien, d'où le fait qu'il n'a aucune énergie, est apathique et dans l'incapacité de mettre ses faibles compétences en valeur. Cette affirmation serait confirmée tant par son médecin traitant que par les membres de sa famille, ces derniers pouvant attester la profonde modification de son caractère et comportement. De plus, tous les rapports médicaux postérieurs à l'expertise de la Dresse Q.Q._____ des médecins du [...] confirmeraient l'incapacité de travail du recourant à 100% et ce, nonobstant la totalité des traitements entrepris. Suite à sa dernière décompensation en mars 2015, les médecins de l'assuré ont estimé son état si « alarmant » qu'ils n'ont eu d'autre alternative que de faire un signalement au SPJ (Service de protection de la jeunesse) afin de s'assurer que l'état de santé de leur patient n'interférerait pas sur le bon développement de ses enfants. A le suivre, même sous l'empire de l'ancienne jurisprudence, tous les critères seraient remplis pour la reconnaissance d'un caractère invalidant à ses troubles somatoformes douloureux. Il observe à ce sujet que l'expert psychiatre mandaté par l'OAI aurait dû également prendre en compte le fait qu'il rencontrait des problèmes conjugaux et que ses fils avaient rapidement quitté le domicile familial, cela compte tenu de sa maladie. Il réfute en outre entretenir des contacts avec des personnes fréquentées dans les cafés, précisant qu'il ne sait plus quoi leur dire, étant « coincé par sa maladie ». Hormis une amélioration au début 2009 après l'introduction de neuroleptiques, il n'existerait que des décompensations ultérieurement, dont la dernière

très importante en mars 2015. Il relève que le dernier traitement tenté (de l'ergothérapie) n'a pas eu d'effet bénéfique sur sa capacité de travail et que son isolement social est bien présent. Dans l'éventualité où son état de santé devait continuer à se péjorer, il déclare qu'il risquerait de perdre la garde de ses deux enfants mineurs. Sans ressources propres (pas de formation professionnelle ni maîtrise de la langue française et un niveau intellectuel très faible [QI de 48 relevé en 2008]) et par ailleurs démunie sur le plan défensif et chroniquement déprimé, le recourant s'estime incapable de retravailler. Outre le fait qu'il soutient ne plus pouvoir exercer qu'une quelconque activité que ce soit, le recourant conteste également le montant retenu par l'intimé au titre de revenu sans invalidité. Il ajoute qu'en lien avec le revenu d'invalidité, la prise en compte d'un abattement de 25% - au lieu de celui de 15% retenu - se justifierait compte tenu de tous ses problèmes de santé. Il en conclut que même en retenant une capacité de travail résiduelle de 60% - ce qu'il réfute expressément -, son degré d'invalidité s'élèverait à tout le moins à 57.1%, lui ouvrant ainsi droit à une demi-rente. Le recourant requiert pour terminer le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant la dispense d'avances et des frais judiciaires, ainsi que la nomination comme conseil d'office de Me Subilia.

Par décision du 11 août 2015, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 août 2015, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Subilia.

Dans sa réponse du 23 septembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. S'agissant des griefs élevés, il renvoie la Cour de céans à l'avis du 24 juin 2014 établi à sa demande par les médecins du SMR ainsi qu'à son courrier du 18 mai 2015 adressé à l'avocat du recourant.

Par réplique du 29 février 2016, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un rapport du 25 février 2016 du Dr A.A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, posant

les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), trouble dissociatif (F44.9), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et retard mental léger (F70) *versus* intelligence limitée. Ce praticien a expliqué notamment que l'état psychopathologique déjà péjoré s'était aggravé avec l'apparition progressive des symptômes d'un trouble dissociatif, l'installation et la consolidation progressive des symptômes liés à ce trouble étant à la base par ailleurs de la présence d'une idéation suicidaire récurrente. Il a en outre précisé que ce trouble se caractérisait principalement chez le recourant par une altération du contrôle conscient des mouvements et des actes à effectuer. Il en a conclu que ces symptômes progressivement émergents en plus des limitations fonctionnelles mentales préexistantes compromettaient, sauf rémission miraculeuse, toute activité même à un taux minimal dans l'économie réelle.

Dans sa duplique du 24 mars 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il précise que la nouvelle pièce médicale produite par le recourant à l'appui de sa réplique ne peut être prise en compte dès lors qu'elle traite de l'évolution de la situation ultérieurement à la décision dont est recours.

Le 26 septembre 2016, Me Subilia a produit la liste de ses opérations et débours en la présente procédure.

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. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à continuer à recevoir une rente entière au lieu d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2010.

Pour la période précédant le mois d'avril 2010, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} janvier 2008.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2 et 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un

changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; 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 et 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, 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

4. Sur le plan somatique, le Dr C._____ a posé les diagnostics invalidants de lombalgies chroniques et syndrome radiculaire déficitaire S1 droite et gauche sur la présence d'une collection liquidienne au niveau L5-S1, comprimant S1 droite (G55.1) et de status après discectomie L5-S1 droite (M51.1). Après la lecture de rapports des 2 octobre et 16 novembre 2009 obtenus des neurochirurgiens du [...], interpellé par l'OAI, l'expert du [...] a conclu à une capacité de travail entière de l'assuré dès le 1^{er} janvier 2010 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles

suivantes : ne pas porter plus que 10 kilos, ne pas soulever plus de 10 kilos, ne pas faire des mouvements de flexion et d'extension du rachis, ne pas monter sur des échelles ou des échafaudages, ne pas rester debout plus de 45 minutes et pouvoir changer de positions toutes les 45 minutes (cf. complément d'expertise du 15 avril 2010 du Dr C._____). Cette appréciation reprise ensuite par les médecins du SMR (cf. rapport du 28 mai 2010 du Dr K._____) ne prête pas le flanc à la critique. En effet, même si l'IRM de juin 2009 consécutive à l'opération pratiquée le 23 mars 2009 a mis en évidence en particulier une collection comprimant les racines S1 à même d'expliquer la persistance des douleurs, les neurochirurgiens du [...] ont estimé au terme de leurs examens des 21 août et 3 novembre 2009 et de manière convaincante que l'évolution était favorable en préconisant la poursuite du traitement conservateur. Cet aspect médical n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant, de sorte qu'il convient de se rallier sur le plan somatique à l'évaluation de la capacité de travail du recourant selon le complément d'expertise du 15 avril 2010 du Dr C._____. Cependant et à défaut de disposer d'une appréciation plus récente, on ignore l'évolution de l'état de santé de l'assuré sur ce plan depuis lors. Il appert donc nécessaire de compléter l'instruction du dossier du recourant sous l'angle somatique par l'obtention d'un nouvel avis d'un expert en la matière.

5. a) Sur le plan psychique, 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), 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), les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), le traumatisme de type « coup du lapin » (ATF 130 V 352 consid. 3) ou encore l'hypersomnie non organique (ATF 137 V 64).

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).

aa) 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 psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

bb) 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).

cc) 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 8, renvoyant à l'ATF 137 V 210 consid. 6 *in initio*).

b) En l'occurrence, sur le plan psychique, le recourant a été expertisé une première fois en juin 2009 par la Dresse V._____ du [...], qui a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique de janvier 2008 à mars 2009 traité efficacement, en rémission. La Dresse A._____ a relevé que le status retenu par l'experte psychiatre du [...] concordait, à l'époque, avec sa propre appréciation de la situation (rapport du 17 novembre 2010). Dans les suites de l'intervention subie le 23 mars 2009, caractérisées par une réapparition des douleurs, l'état psychique de l'assuré s'est à nouveau détérioré, en particulier depuis octobre 2009 selon cette praticienne. C'est dans ce contexte que le recourant a été à nouveau examiné le 6 juin 2011, à la demande de l'OAI, par la Dresse Q.Q._____, qui a posé alors les diagnostics invalidants de syndrome douloureux somatoforme persistant

(F45.4) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10).

L'experte a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant sur la base des critères antérieurs à l'ATF 141 V 281. Il convient donc d'apprécier si son analyse satisfait aux nouvelles exigences jurisprudentielles, applicables sur le plan du droit intertemporel.

S'agissant de l'analyse détaillée consacrée spécifiquement au développement et à la structure de la personnalité de l'assuré (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2), l'experte s'est limitée à exclure un trouble de la personnalité en relevant que le recourant, ne présentait plus de désorganisation psychique grâce à un traitement. Elle a évoqué une intelligence limitée, une personnalité fruste et peu différenciée entraînant une diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage sans autres précisions.

En outre, elle ne s'est pas exprimée sur la cohérence entre le degré de gravité fonctionnel et les répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie. Elle a seulement relevé que le recourant pouvait fonctionner dans son quotidien, maintenant des contacts réguliers avec sa famille proche et quelques amis rencontrés dans des cafés et accompagnant ses enfants cadets à l'école.

S'agissant de la comorbidité psychiatrique, l'experte n'aura pas pu se déterminer exhaustivement sur la péjoration de l'état de santé du recourant telle que décrite par les Drs R.R. _____ et U. _____ qui retiennent dans leur rapport du 23 avril 2015 un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, faisant état de l'apparition d'idées suicidaires et d'un comportement tel qu'il a nécessité un signalement au SPJ, ces médecins retenant une incapacité de travail totale. S'il apparaît certes douteux qu'il puisse être tenu compte en plus du diagnostic de trouble dissociatif posé en cours de procédure dans un rapport du 25 février 2016 par le Dr A.A. _____, il n'en demeure pas moins que ce praticien a confirmé la présence d'une idéation suicidaire récurrente et que l'état du

recourant ne s'est pas amélioré depuis le rapport des Drs R.R. _____ et U. _____, loin s'en faut.

Le recourant présente en outre des atteintes somatiques, soit des lombalgies chroniques et un syndrome radiculaire déficitaire S1 droite et gauche sur la présence d'une collection liquidienne au niveau L5-S1, comprimant S1 droite ainsi qu'un status après discectomie L5-S1 droite au dos. Toutefois, l'interaction entre ces atteintes et le trouble somatoforme n'est pas abordée. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de réunir sous un seul indicateur les anciens critères de la « comorbidité psychiatrique » et des « affections corporelles concomitantes » et, cela étant, de procéder à une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

L'experte a certes fait état d'une intelligence limitée. En février-mars 2008, des tests psychologiques ont été effectués. Un QI de 48 a été obtenu. Toutefois, seul le QI performance a été effectué et non le QI verbal, les connaissances en langue française du recourant ne l'ayant pas permis. En outre, la Dresse A. _____ indique dans son rapport du 29 juin 2012 qu'un QI de 56 a été obtenu dans un examen effectué en mai-juin 2011 dont on ignore tout. Selon la jurisprudence, un QI inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite (TF 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 4). En l'occurrence, les renseignements concernant le QI du recourant sont lacunaires. L'instruction sur le plan neuropsychiatrique doit dès lors également être complétée notamment par la mise en œuvre de nouveaux tests psychologiques.

Enfin, il manque également l'évaluation des ressources personnelles du recourant au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'expertise de la Dresse Q.Q. _____ ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles définies par le Tribunal fédéral. Dès lors, faute d'un caractère probant, elle ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'état de santé psychique du recourant.

En conséquence, sur le plan psychiatrique également, la cause n'est pas en l'état d'être jugée. Des mesures d'investigations supplémentaires sont donc indispensables.

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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction aux plans psychiatrique, neuropsychiatrique et somatique, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante.

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - 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 -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA portant notamment sur les plans somatique, psychosomatique et psychiatrique, étant précisé qu'est expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts.

Au vu de l'issue du litige, il ne se justifie pas de donner suite à la mesure d'instruction complémentaire requise par le recourant dans ses écritures, ni d'examiner les autres moyens qu'il a soulevés.

7. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe.

b) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]) et qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. TVA incluse, compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire. Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 7 août 2015 par G. _____ est admis.
- II.** La décision rendue le 7 juillet 2015 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 et nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, 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 G. _____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Subilia (pour G. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :