

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 LPGA, 28, 28a LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, mécanicien indépendant, a déposé le 8 décembre 2013 un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué qu'il souffrait d'une hernie discale L4-L5 (avec os cassé) due à un accident et qu'il était en incapacité de travail de 100% depuis le 16 septembre 2013. Le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté une incapacité totale de travail de l'assuré par des certificats médicaux successifs, pour la période du 24 septembre 2013 au 21 février 2014. A la suite d'un entretien de détection précoce du 13 janvier 2014, l'assuré a été invité par l'OAI à déposer une demande de prestations AI. L'assuré a dès lors complété une demande de prestations le 21 janvier 2014, dans laquelle il a indiqué quant au genre de l'atteinte « suite à l'accident j'ai un problème de dos ».

Dans un rapport médical du 1^{er} février 2014 à l'OAI, le Dr Z. _____ a diagnostiqué une discopathie L3-L4 et L4-L5 avec à ce niveau une déchirure de l'anneau fibreux du disque sans phénomène compressif surajouté, une hernie rétromarginale antérieure du plateau supérieur de L4 avec petite composante d'œdème suggérant la possibilité d'une lésion récente, l'accident remontant au 15 septembre 2013. Dans l'anamnèse, il a expliqué que son patient avait fait une chute en arrière le 15 septembre 2013 avec un choc direct à la jonction dorso-lombaire et qu'il avait des douleurs invalidantes depuis. En outre, les douleurs étaient devenues chroniques et vu la durée des symptômes, le pronostic était assez mauvais. Comme limitations fonctionnelles, le Dr Z. _____ a indiqué une impossibilité de se pencher, de rester debout, être assis et même de conduire, ce qui rendait le travail impossible. Enfin, il était trop tôt pour dire si une reprise du travail serait possible. Le Dr Z. _____ a joint un rapport d'IRM lombo-sacrée du 22 octobre 2013, réalisée par le Dr [...], spécialiste en radiologie, concluant à la présence d'une discopathie L3-L4 et L4-L5 avec à ce niveau une déchirure de l'anneau fibreux du disque

sans phénomène compressif surajouté et une hernie rétromarginale antérieure du plateau supérieur de L4 avec petite composante d'œdème suggérant la possibilité d'une lésion récente et l'autre, ainsi qu'une radiographie de la colonne lombaire face/profil réalisée le 9 décembre 2013, concluant à un pincement discal L3-L4 et une hernie du plateau supérieur de L4, sans évolution significative depuis l'IRM du 22 octobre, et par ailleurs à une rectitude lombaire et petite bascule du bassin à droite. Le Dr Z._____ a enfin joint un rapport du 15 janvier 2014 du Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie et de la Dresse [...], médecin assistante, médecins au Centre hospitalier C._____ (ci-après : C._____), expliquant que le patient se plaignait d'une persistance de lombocruralgies gauches, réfractaires au traitement médical, avec un status neurologique montrant une très légère parésie au niveau du quadriceps gauche et des paresthésies sur la face latérale de la cuisse gauche. Les médecins du C._____ étaient d'avis qu'il n'y avait pas d'indication pour un traitement chirurgical, mais qu'il y avait lieu d'optimiser le traitement antalgique.

Par communication du 7 février 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce en la forme d'une orientation professionnelle auprès d' [...], à raison de 2 à 3 rendez-vous par semaine entre le 17 février et le 16 mai 2014.

Dans un rapport médical du 19 février 2014 à l'OAI, le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie, médecine manuelle et traitement interventionnel de la douleur, a expliqué avoir vu l'assuré à une reprise le 15 janvier 2014 et que celui-ci avait besoin d'une rééducation spécifique du dos. Selon ce spécialiste, le pronostic était probablement bon et l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr R._____ a indiqué que l'assuré pouvait exercer des activités dans différentes positions, mais pas les activités suivantes : uniquement en position assise ou debout, principalement en marchant, impliquant de se pencher, de travailler les bras au-dessus de la tête, à genou, accroupi, impliquant de monter des escaliers ou sur une échelle, ou impliquant le port de charges de plus de 2 kg. Il a précisé

n'avoir pas fixé d'arrêt de travail. Le Dr R. _____ a également joint un rapport du 22 janvier 2014 qu'il a adressé au Dr Z. _____ dans lequel il a diagnostiqué une « contusion sévère du rachis dorso-lombaire avec probable hernie spongieuse, plateau vertébral supérieur de L4, importante dysbalance musculaire ainsi qu'un status après probable maladie de Scheuermann ». Il a précisé que l'IRM lombo-sacrée du 22 octobre 2013 excluait une fracture et qu'au status rhumatologique, il y avait un net syndrome lombo-vertébral, les segments de L4 à S1 étant libres de douleurs et bougeaient ; il y avait par contre des dysfonctions vertébrales de la colonne lombaire haute et du rachis dorsal inférieur ainsi que des contractures musculaires. Etant donné qu'il y avait une importante dysbalance musculaire, le Dr R. _____ avait tenté une séance de médecine manuelle ce qui n'était pas possible chez le patient qui était très craintif et crispé. Vu l'échec du traitement ambulatoire bien conduit, le Dr R. _____ préconisait d'adresser le patient pour un programme intensif par exemple, au Dr N. _____ à [...].

La mesure auprès de [...] a été interrompue le 3 mars 2014, l'assuré ne se sentant plus capable de poursuivre la mesure, les douleurs étant trop fortes et son médecin lui ayant conseillé de « rester tranquille » (cf. note de l'OAI d'entretien avec l'assuré du 5 mars 2014 et rapport de [...] du 10 mars 2014).

Dans un avis médical du 19 mars 2014, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'assuré avait une capacité de travail de 0% comme mécanicien et une capacité de travail en principe de 100% dans une activité adaptée à compter de février 2014, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de port-à-faux et exercice d'une activité impliquant une alternance de positions.

Dans un rapport du 24 mars 2014, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI a estimé que l'assuré pouvait exercer les activités adaptées suivantes : travail simple et répétitif dans le domaine industriel

léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Le même jour, il a relevé ce qui suit : « comme discuté avec le médecin SMR en permanence, la situation n'est pas stabilisée. Il convient de poursuivre l'instruction médicale. Nous remercions le gestionnaire d'envoyer une demande de RM [rapport médical] au Dr N._____, médecin chef à [...], afin qu'il puisse se positionner sur la capacité de travail suite au programme intensif prévu dans le RM du 19.02.2014 ».

Par communication du 25 mars 2014, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour le moment, car sa situation médicale n'était pas stabilisée.

Sur demande de l'OAI, le Dr Z._____ a indiqué, le 20 mai 2014, que la situation s'était aggravée depuis le mois de janvier 2014, l'assuré ayant même des douleurs lorsqu'il toussait, beaucoup de douleurs au réveil, n'arrivant pas à porter des choses lourdes, ni à rester assis ou debout plus de 20 minutes. Une infiltration était prévue chez le Prof. Q._____ au début du mois de juin 2014. Le Dr Z._____ a encore attesté la poursuite de l'incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Le 10 juillet 2014, le Dr Z._____ a envoyé à l'OAI un nouveau rapport d'IRM lombo-sacrée du 30 juin 2014, dans lequel le Dr T._____ a conclu comme suit :

« Persistance de signes inflammatoires au sein d'une hernie rétromarginale antéro-supérieure de L4, posant le diagnostic différentiel entre une lésion post-traumatique et une spondylite unifocale dans le cadre d'une éventuelle spondylarthrite. Discopathie L4-L5 avec déchirure de l'anneau fibreux du disque, sans évolution ».

Le Dr Z._____ a également transmis à l'OAI un rapport du 4 avril 2014 du Dr Q._____, spécialiste en radiologie, qui proposait de réaliser une infiltration épidurale L4-L5, avant de refaire éventuellement une IRM en raison de l'importante modification de la symptomatologie (le

patient ayant développé une irradiation au niveau de la face latérale de sa cuisse gauche avec une diminution des douleurs au niveau lombaire). Le Dr Z._____ a encore joint à son envoi du 10 juillet 2014 un rapport du 7 avril 2014 de la Dresse W._____ et le Dr L._____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, médecins à l'unité du rachis du C._____. Ces derniers ont diagnostiqué des lombalgies chroniques persistantes d'origine aspécifique avec discrètes discopathies L3/L4 et L4/L5 avec déchirure annulaire au niveau L4/L5, séquelles de maladie de Scheuermann avec une hernie du plateau supérieur de L4, discrète arthrose des articulaires postérieures au niveau L4/L5 à droite et L5/S1 à gauche, status post chute d'environ 2 mètres avec réception lombaire et déconditionnement physique important. Ils ont en outre écrit ce qui suit :

« Imagerie :

IRM lombaire du 22.10.2013 :

Sur le cliché de profil, notons la présence d'une sécheresse des disques intervertébraux L3/L4 et L5-S1 avec présence d'un grand nodule de Schmorl du plateau antéro-supérieur de L4 avec prise de contraste autour, pouvant faire évoquer une discopathie probablement inflammatoire.

Par ailleurs, absence d'hématome post-traumatique. Absence de fracture. Discrète arthrose d'allure inflammatoire au niveau L4/L5 droit et L5/S1 gauche.

Conclusion, discussion :

Nous sommes en face d'un patient qui présente actuellement des lombalgies chroniques évoluant défavorablement depuis 6 mois.

Objectivement, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur faisant évoquer une radiculopathie. Le patient présente un déconditionnement physique important avec surtout une hypoextensibilité et des dysbalances musculaires. L'IRM lombaire d'octobre exclut la présence de lésion post-traumatique. Le patient reste fixé sur la présence d'une discoloration de la peau lombaire qui aurait été attribuée à un hématome post-traumatique. En l'absence d'élément en faveur d'un tel hématome, sur IRM, nous pensons qu'un avis spécialisé de dermatologie nous serait utile. Le tableau clinique évolue aussi dans un contexte de stress important avec troubles du sommeil et une perception d'invalidité. Des drapeaux jaunes sont également présents (problématique assécurologique, le patient n'ayant pas une assurance-accident, donc il ne reçoit pas d'indemnités). Ceci joue probablement un rôle dans le développement de ce tableau clinique.

Nous essayons de rassurer le patient quant à l'absence d'une lésion traumatique et quant au bon pronostic à long terme de sa pathologie. La réalisation d'une nouvelle IRM lombaire ne semble pas indispensable du point de vue purement médical, mais sera probablement utile afin de rassurer Monsieur M._____.

Sur le plan médicamenteux, nous proposons la consommation de 4 [...] d'office + 4 en réserve. Nous arrêtons le [...] de 4 mg/le matin en le remplaçant par le [...] 6 mg, que le patient prendra le soir au coucher.

Après explication du rôle des facteurs psychologiques dans le tableau clinique et l'importance d'avoir une bonne qualité de sommeil, le patient accepte un traitement par [...] au coucher. Nous l'encourageons aussi à continuer les séances de physiothérapie active, d'abord en piscine, afin d'améliorer sa mobilité lombaire, ainsi que pour effectuer un reconditionnement global.

Par ailleurs, nous estimons que Monsieur M. _____ serait un bon candidat pour participer à un programme de rééducation fonctionnelle intensive hospitalière où il va bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique, ergothérapeutique, ainsi qu'un suivi psychologique avec un suivi médical régulier.

Nous reverrons le patient à notre consultation le 22.04.2014 où nous allons discuter définitivement de cette perspective d'hospitalisation ».

Dans un rapport du 18 septembre 2014 à l'OAI, le L. _____ a rappelé les diagnostics posés dans le rapport du 7 avril 2014 et constaté ce qui suit :

« **Anamnèse :**

Monsieur M. _____ a fait une chute d'environ 2 mètres le 15.09.2013 sur son lieu de travail, avec réception sur la région lombaire sur une barre métallique. Dans l'immédiat, il présente une symptomatologie douloureuse supportable. Le lendemain, le patient décrit un blocage lombaire qui a duré environ 2 jours avant une discrète amélioration. Des antalgiques ainsi que de la physiothérapie douce lui ont été prescrits sans amélioration, voire une aggravation de la symptomatologie suite aux séances de physiothérapie. Une IRM lombaire a été réalisée en octobre 2013, qui exclut la présence de séquelles de traumatisme. Un consilium neuro-chirurgical au C. _____, en décembre 2013, ne retient pas d'indication opératoire et les collègues neurochirurgiens nous ont adressé le patient pour la suite de la prise en charge conservatrice. Le patient déclare en mars 2014 une douleur lombaire présente 24 H/24, plus forte le matin, d'une intensité moyenne de 7.5/10 sur une échelle EVA et une mauvaise qualité du sommeil en raison des douleurs. Il déclare aussi des céphalées, type tensionnel. Sur le plan psychologique, il déclare être très stressé et très irritable au vu de la persistance de la douleur.

Constat médical :

Au status, chez un patient très stressé et avec de multiples auto-limitations, nous observons une marche fluide, tant sur les pointes que sur les talons, syndrome lombo-vertébral majeur avec un Schober lombaire de 10 à 12 cm et une DDS qui dépasse le 50 cm. Absence de troubles statiques. Hypertonie musculaire très importante. Manoeuvre de Lasègue provoque des douleurs lombaires à partir 45° mais pas d'une radiculopathie. Hypoextensibilité des muscles ischio-jambiers, fessiers et des quadriceps. La percussion dorso-lombaire est douloureuse entre L2/L3, L3/L4 et L4/L5, à prédominance L3/L4. Absence d'un déficit sensitivo-moteur.

Le traitement antalgique a été modifié. Nous avons également proposé la poursuite de la physiothérapie active ainsi qu'un traitement par [...] au coucher, dans le but d'améliorer la qualité du sommeil. Nous avons proposé au patient de s'intégrer au programme de rééducation fonctionnelle de 3 semaines, afin de faire un programme de rééducation intensive et une évaluation des capacités fonctionnelles.

Au contrôle du 17.07.2014, aucune amélioration n'est constatée, subjectivement et objectivement. La physiothérapie avait été arrêtée en raison d'une inefficacité et la recrudescence douloureuse, chez un patient qui a de la peine à s'intégrer.

Sur le plan de l'examen clinique, nous proposons à nouveau à Monsieur M. _____ de l'hospitaliser dans notre service pour un séjour de rééducation intensive de 3 semaines, mais nous n'avons pas de nouvelles de sa part, le patient étant réticent à cette perspective depuis le début.

Pronostic :

Sur le plan strictement somatique, le pronostic devrait être bon à long terme, mais tenant compte du contexte psychosocial complexe, le pronostic devient réservé ».

Le Dr L. _____ a encore recommandé la réalisation d'un programme intensif multidisciplinaire de rééducation. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 15 septembre 2013 dans l'activité de mécanicien automobile. Dans une activité adaptée (soit une activité sans port de charges, n'impliquant pas de positions en porte-à-faux, ni de travail en zone basse, dans un milieu calme et rassurant), la capacité de travail pourrait être considérée comme complète, le médecin précisant qu'une évaluation des capacités fonctionnelles devrait être réalisée, afin de mieux préciser le profil d'un poste adapté. Comme restrictions physiques, le médecin a signalé des douleurs importantes de toute la colonne lombaire à prédominance L3-L4, une hypomobilité très importante dans le cadre d'une raideur musculaire et d'une kinésiophobie importante. D'un point de vue psychique, le médecin a déclaré qu'il n'était pas capable de dire s'il y avait des restrictions. Enfin, le médecin a précisé qu'une prise en charge rééducative globale pourrait améliorer les capacités fonctionnelles de l'assuré.

Dans un avis médical du 11 novembre 2014, la Dresse B. _____, médecin au SMR, a retenu ce qui suit :

« En résumé, en l'absence d'éléments cliniques objectifs pour justifier une aggravation sur le plan neurologique (absence de radiculopathie et d'un déficit sensitivo-moteur, une 2^{ème} IRM qui n'est pas indispensable, un examen neurologique rassurant, réticence pour un séjour en rééducation), dans un contexte bio-psycho-social très sensible, qui certainement, a des répercussions sur la CT [capacité de travail], nous retenons les éléments suivants et restons à votre disposition.

LF [limitations fonctionnelles] : pas de port de charges, pas de position en porte-à-faux, ni de travail en zone basse, alternance des positions, pas de déplacement sur terrain accidenté, activité en milieu rassurant et calme.

LM [longue maladie] : 15.09.2013

IT AH [incapacité de travail dans l'activité habituelle] : 100% dès le 15.09.2013

CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] à 100% en principe dès le 18.09.2014 (date du rapport) ».

Dans un rapport du 20 novembre 2014, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI a retenu les exemples d'activités adaptées suivants : un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle et surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement.

Par projet de décision du 25 novembre 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles (reclassement), compte tenu d'un taux d'invalidité de 10%. Le projet reposait en outre sur la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité de garagiste indépendant à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 15 septembre 2013. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 15 septembre 2014, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges, pas de position en porte-à-faux ni de travail en zone basse, alternance des positions, pas de déplacement sur terrain accidenté, activité en milieu rassurant et calme).

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en

valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale, le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, 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 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1%; La Vie économique, tableau B 10.2), puis de 2011 à 2012 (+0.80%), de 2012 à 2013 (0.70%) et finalement de 2013 à 2014 (pas d'indexation) on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 56'571.27.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu précité avec celui que vous auriez pu réaliser en bonne santé.

En l'occurrence, dans votre situation le revenu sans invalidité est déterminé en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. (ATF 126 V consid. 3b/aa et bb). Il s'agit du salaire suisse moyen de référence dont peuvent prétendre toutes les personnes non qualifiées qui exercent une activité dans le domaine de la production ou des services.

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 62'856.96

avec invalidité CHF 56'571.27

La perte de gain s'élève à CHF 6'285.69 = un degré d'invalidité de 10%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à votre portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelles qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ, ce qui n'est pas votre cas. Dès lors, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert ».

Le 28 novembre 2014, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il s'est déclaré « vraiment surpris » par celui-ci, expliquant souffrir de douleur « non stop », ne pas parvenir à rester debout plus de 20 minutes, ni assis, sa jambe gauche s'endormant et ayant des fourmis aux cuisses, ayant des lâchages dans sa jambe gauche lorsqu'il descend des escaliers, une grande douleur au dos lorsqu'il va aux toilettes, ayant souvent mal à la tête et à la nuque, ne dormant presque plus la nuit, malgré le fait qu'il prend des calmants, étant trop stressé et nerveux. Il a enfin expliqué qu'il consultait chaque mois son médecin ainsi qu'un psychothérapeute et espérait que la situation s'améliorerait avec le temps. Par courrier du même jour, le Dr Z._____ a rappelé que la situation médicale se péjorait, et que son patient ne présentait « pas du tout une capacité de travail de 100% », précisant que ce dernier avait commencé une psychothérapie auprès de la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par certificat médical du 16 janvier 2015, le Dr Z._____ a attesté un arrêt de travail de 100% du 16 janvier au 31 mars 2015.

Dans un rapport à l'OAI du 26 février 2015, la Dresse K._____ a signalé que le suivi psychothérapeutique de l'assuré avait

commencé le 9 septembre 2014. Comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, elle a indiqué : « F41.1 », à savoir une anxiété généralisée selon la CIM-10 (Classification internationale des maladies). La Dresse K._____ a expliqué au titre de l'anamnèse qu'il y avait eu une apparition dans un contexte de chute sur le dos de symptômes anxieux, en exacerbation ces derniers mois et ceci malgré un suivi psychiatrique intégré. Comme symptômes, l'assuré présentait de fortes douleurs, des insomnies rebelles, un manque de confiance, un sentiment d'inutilité et une anhédonie. Le pronostic était réservé. La Dresse K._____ a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% du 24 septembre 2013 au 31 mars 2015 dans ses activités précédentes de garagiste et d'employé dans la restauration. Comme restrictions, la Dresse K._____ a indiqué ce qui suit : « handicapé à la marche, douleurs, fatigue, manque d'endurance, de motivation, de volonté », une capacité de concentration limitée, l'assuré étant vite fatigué, ainsi que des capacités d'adaptation et de résistance limitées.

Par un nouveau certificat médical du 26 mars 2015, le Dr Z._____ a attesté un arrêt de travail de 100% du 26 mars au 31 mai 2015.

Dans un nouvel avis SMR du 22 avril 2015, la Dresse B._____ a estimé qu'il y avait une nouvelle atteinte à la santé, au plan psychiatrique, et qu'il convenait d'interroger la Dresse K._____, qui mentionnait une incapacité totale de travail depuis septembre 2013 et un début du suivi psychiatrique en septembre 2014. Il y avait également lieu de préciser les éléments objectifs psychiatriques qui empêcheraient l'assuré d'exercer une activité professionnelle et à partir de quelle date.

Par certificat médical du 5 mai 2015, le Dr Z._____ a attesté la poursuite de l'arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2015.

Le 25 juin 2015, la Dresse K._____ a précisé, sur demande de l'OAI, que les éléments objectifs psychiatriques qui empêchaient l'assuré de travailler étaient liés à sa problématique orthopédique, soit

une hernie discale post-traumatique et ceci depuis septembre 2013, le suivi au centre de psychothérapie ayant débuté le 9 septembre 2014.

Par avis SMR du 7 juillet 2015, la Dresse B._____ a suggéré la mise en place d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR, vu « l'absence d'éléments cliniques psychiatriques suffisants à l'atteinte orthopédique, pour justifier cette longue incapacité de travail, afin de se prononcer sur la CT résiduelle et des LF claires et précises », relevant que la Dresse K._____ n'avait pas décrit de status clinique détaillé, ni d'antécédents psychiatriques.

Par un nouveau certificat médical du 31 août 2015, le Dr Z._____ a attesté un arrêt de travail du 1^{er} août au 30 septembre 2015.

Une nouvelle IRM a été réalisée le 3 septembre 2015 par le Dr T._____ qui a conclu à une discopathie L3-L4 associée à une hernie intraspongieuse du plateau supérieur de L4 et déchirure de l'anneau fibreux du disque L4-L5, sans évolution significative depuis 2014.

Dans un rapport du 7 septembre 2015 à l'OAI, S._____, infirmier au « Cabinet de soins à domicile », à [...], a fait état des éléments suivants :

« État de santé, déficiences :

Bénéficiaire souffre à des multiples douleurs et traumatisme difficilement, « équilibrable », troubles respiratoires (dyspnéique à l'effort) accompagnée par des douleurs diffuses des côtes, douleurs dorsale, cervicales, les épaules. Présente des inflammations qui handicap la vie quotidienne. troubles neurologique accompagnée par fois par des tremblement involontaire sur les MI, MS et la mâchoire(tête).

Même avec l'aide de la Physiothérapie il a de la peine à avoir une amélioration au niveau de la marche suite douleurs dorsale (Hanches, Genoux Pieds), il s'appuie sur les murs pour marcher à l'intérieur. Il est accompagnée par son épouse pour chaque déplacement à intérieure et extérieur.

Incapacités, dépendance, Problèmes :

Mr M._____ a besoin d'aide pour certaine actes de la vie quotidien. Cycle du sommeil (jour/nuit) perturbé cauchemar permanent, angoissé, panique et présente une phobie sociale. Il souffre de son isolement

social et de son inactivité. Mr est désœuvré et démotivé, il présente des épisodes d'angoisse qui perturbent son quotidien.

Mr M. _____ est déprimé et le risque d'épuisement de l'épouse est conséquent. J'observe des troubles de langage (perte de certains mots) et des perturbations des fonctions exécutives.

Problèmes physiques, psychiques, mentaux :

Faiblesse générale, fatigue intense, perturbation du transit, insomnies, nausées, déprimé. Barrage de la langue, difficultés à s'exprimer, a de la peine à entendre et à comprendre les autres, trouver ses mots aller au bout de sa pensée et de exprimer des demande concrètes. A besoin d'être guider à la répétition. Persécutée, présente une phobie posta accident sociale.

Exprime des sentiments de détresse, colère, plaintes répétées. Présente des changements aigus (agitation, léthargie, difficile à réveiller, désorientation, négligence par fois). Comportement social inadapté, résistance aux soins. Exprime continuellement des colères envers soi-même ou les autres. Plaintes somatique répétées.

Limitation fonctionnelles d'origine médicale : état d'épuisement physique et psychique, résistance et endurance fortement réduite, troubles cognitifs avec une forte baisse de la concentration et de l'attention et de la mémoire.

Humeurs triste et anhédonie, retrait sociale, pics d'angoisse avec épisodes d'anxiété, perte totale de confiance en lui difficulté à prendre des décisions. Ralentissement moteur, hypersensibilité au stress. Épisode de pleurs très fréquents ».

Dans un certificat médical du 1^{er} octobre 2015, le Dr Z. _____ a attesté un arrêt de travail du 1^{er} octobre au 30 novembre 2015.

Le 15 septembre 2015, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé au SMR, par le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et la Dresse D. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans leur rapport du 16 novembre 2015, ils ont diagnostiqué des rachialgies diffuses avec surtout des lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques discrets du rachis et de troubles dégénératifs discrets à modérés du rachis avec déchirure annulaire au niveau L4-L5 et séquelles de maladie de Scheuermann (M54), avec répercussion durable sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins du SMR ont diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, de type tension et colère (F43.23), une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques

(F68.0) et des difficultés dans les rapports avec sa conjointe (Z63.0). Ils ont en outre apprécié la situation de la manière suivante :

« APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS

Le 16.09.2013, l'assuré a eu un accident, où il a chuté d'une échelle sur une barre métallique, constituant une tige de lift. Il s'est alors percuté le dos sur cette tige de lift, puis s'est percuté le front sur une machine d'équilibrage de pneus. Les 2 premiers jours, il n'a presque ressenti aucune douleur. Au 3^{ème} jour, il s'est retrouvé complètement bloqué au niveau lombaire et les douleurs ont irradié jusqu'à la région cervicale. Par la suite, les douleurs sont devenues plus importantes au fil du temps.

Actuellement, les douleurs sont permanentes. Elles s'étendent de la région lombaire à la région cervicale. L'assuré présente également des douleurs et des fourmillements de la face externe de la cuisse G avec perte de sensibilité. Il présente aussi des lâchages du membre inférieur G à la descente d'escaliers. Par ailleurs, l'assuré nous dit qu'il n'arrive pas à bien dormir en raison des douleurs et qu'il ne peut dormir que sur le côté D.

Actuellement, les rachialgies n'augmenteraient pas à la toux, mais à la défécation. La position assise et la position debout seraient limitées à 20-25 minutes par les rachialgies diffuses et les douleurs du membre inférieur G. Le périmètre de marche serait limité à 3/4 d'heure par des contractures rachidiennes diffuses, avec sensations de brûlures, prenant également le membre inférieur G. L'assurée signale des réveils nocturnes fréquents par les douleurs, des cauchemars et une sensation de bruits dans la tête sous forme d'un bourdonnement. Il signale également une raideur matinale prenant toute la matinée.

L'assuré n'aurait pas d'autres problèmes articulaires. Il précise cependant que ses douleurs prédominent à l'hémicorps G et qu'il a mal quasiment partout à l'hémicorps G. L'assuré se plaint également d'une fatigue à prédominance matinale, réapparaissant surtout en fin de journée. Il signale également une intolérance aux bruits.

L'assuré a fait une chute suite à un lâchage du membre inférieur G. Il a fait également des chutes suite à la prise de certains psychotropes prescrits par la Dresse K._____. Il a eu des vertiges avec chutes sur la voie publique.

Du point de vue des traitements, l'assuré a eu de la physiothérapie à sec et en piscine. Après les traitements de physiothérapie, les douleurs avaient tendance à s'aggraver. L'assuré a eu de l'ostéopathie, qui ne l'a pas aidé. Il a eu une infiltration, qui ne l'a aidé que 3 jours. Il n'a pas eu d'acupuncture.

Aux antécédents personnels, on ne relève pas d'autres choses particulièrement relevantes, mis à part les problèmes ostéoarticulaires. Depuis 5 mois, l'assuré fume entre 10 à 15 cigarettes par jour, alors qu'auparavant il ne fumait pas. Depuis son mariage en 2003, il ne boit plus d'alcool.

A l'anamnèse systématique, relevons que l'assuré fait souvent des sinusites et qu'il a eu 2 cautérisations pour sinusite. L'assuré se plaint également d'une dyspnée d'effort à 2 étages d'escaliers et parfois de poids précordiaux. Il n'aurait pas eu d'électrocardiogramme et je lui

propose donc d'en parler à son médecin traitant en vue d'un tel examen.

L'assuré signale par ailleurs des palpitations sans raison ou en rapport plus souvent avec le stress. L'assuré signale également des brûlures d'estomac, une tendance à la constipation. Il aurait perdu 2 kg $\frac{1}{2}$ depuis 1 an $\frac{1}{2}$. L'assuré se plaint également de brûlures urinaires et d'odynurie, mais n'aurait pas eu de contrôle des urines. Dans cette situation, nous lui avons proposé de parler également à son médecin traitant de cette symptomatologie urinaire, afin de faire les examens urinaires nécessaires. L'assuré se plaint par ailleurs de céphalées occipitales à caractère continu, qui l'empêchent de dormir et « qui le rendent fou ». Les céphalées s'accompagnent également de photophobie, de phonophobie et parfois de nausées. L'assuré signale des vertiges le matin au lever. Il est connu pour une tension basse.

Par ailleurs, l'assuré dit au médecin rhumatologue examinateur qu'il n'arrive pas à jouer avec ses enfants, alors qu'il a dit à l'examineur psychiatre qu'il jouait avec ses enfants, notamment 1 samedi matin sur 2, où il a la charge de ses enfants, sa femme travaillant.

L'assuré nous dit qu'actuellement, il a des soucis avec sa femme, car il n'arrive pas à l'aider. L'assuré a par ailleurs un grand frère en Suisse allemande, mais il ne le voit pas régulièrement. Ses parents sont restés en [...] et ils restent en contact téléphonique. Il y a 2 mois, il s'est même rendu en [...] au chevet de son père, qui a eu un accident et qui serait encore dans le coma.

Du point de vue scolaire et professionnel, l'assuré a suivi l'école primaire et le lycée en [...], sans obtenir de diplôme. Il a, par la suite, ouvert des boutiques de souvenirs dans des hôtels avec son frère. Il est arrivé en Suisse en 1998, à l'âge de 22 ans. Il a travaillé dans la restauration comme livreur, comme nettoyeur de légumes, dans la distribution et la vente de montres comme manutentionnaire, il a même ouvert un bar à [...], qui n'a pas marché. Depuis 2008, il a ouvert son garage comme indépendant, sans avoir de certification pour ce travail. Il louait un garage équipé, qu'il a remis à l'apparition de ses problèmes de santé. Effectivement, il a remis ce garage équipé à son propriétaire à la mi-janvier 2014.

Au status actuel, on note un assuré en bon état général, normocarde, normotendu. L'assuré présente un poids normal à la limite inférieure de la norme avec un BMI à 19. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est souple, mais diffusément sensible, mis à part à l'hypocondre D, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, l'assuré se montre démonstratif. Effectivement, lorsqu'il se déplace de la porte d'entrée du hall du SMR jusqu'à la réception, il marche de manière tout à fait fluide. Par contre, lorsqu'il se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen, il présente une boiterie d'appui du membre inférieur G assez caricaturale, qu'il semble exagérer de manière démonstrative. Lors de la marche entre la salle d'attente et la salle d'examen, l'assuré se touche à plusieurs reprises le genou G et la région lombaire à G.

En cours d'entretien, il se lève à plusieurs reprises, fait à de nombreuses reprises des grimaces et pousse des gémissements dans le cadre d'un comportement algique marqué et démonstratif.

Au plan ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule avec une discrète boiterie d'appui du membre inférieur G, qui semble être mimée. Par contre, la marche sur la pointe des pieds et sur les talons est possible sans problèmes, mais l'assuré pousse un cri et se plaint de douleurs lombaires à la marche sur les talons. L'accroupissement est complet. Il entraînerait, selon l'assuré, d'importantes lombalgies. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est marqué par des lâchages antalgiques du quadriceps G, chiffrés à M4+. L'assuré signale également une hypoesthésie de la face externe de la cuisse G, sans autres signes pour une méralgie paresthésique. Le reste du status neurologique est marqué également par des épreuves de Lasègue limitées ddc [des deux côtés] à 60° par des lombalgies et un raccourcissement des muscles ischiojambiers.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais l'on note des signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une importante démonstrativité, l'assuré poussant des cris et pleurant après la flexion lombaire. L'assuré présente également des lombalgies à la rotation du tronc les ceintures bloquées et à la pression axiale céphalique, ce qui constitue 2 autres signes de non organicité selon Waddell. L'assuré présente également des signes de non organicité selon Kummel. La mobilité cervicale est également limitée en flexion, mais l'assuré développe également là encore une importante résistance volontaire à la flexion passive de la nuque avec contrepulsions. Il existe également une discrète limitation de la latéroflexion cervicale D par rapport à la latéroflexion cervicale G en relation avec des contractures de la musculature cervicale postérolatérale. La mobilité des articulations des membres supérieurs est bien conservée. La mobilité des hanches est limitée en flexion, surtout à G. La rotation interne est également limitée à G. Ces limitations de la mobilité de la hanche sont en relation avec les lombalgies et l'assuré pousse des gémissements et de petits cris à la flexion des hanches et à la rotation interne de la hanche G, tout en développant une importante résistance volontaire à la mobilisation passive de la hanche G en flexion et en rotation interne avec contrepulsions. La flexion des genoux est également légèrement limitée par une importante résistance volontaire à la mobilisation passive des genoux en flexion avec contrepulsions. La manoeuvre du rabot est négative au niveau des 2 genoux, mais, bizarrement, elle entraîne des douleurs lombaires, ce qui est tout à fait inhabituel et qui entre probablement dans le cadre du comportement algique marqué et de la démonstrativité de l'assuré. L'assuré présente, par ailleurs, des douleurs à la palpation de 6 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant insuffisant pour poser ce diagnostic. Il n'y a, par ailleurs, aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence de discrètes discopathies L3-L4 et L4-L5, avec déchirure annulaire au niveau L4-L5. Ces radiographies mettent en évidence également des séquelles de maladie de Scheuermann avec notamment une hernie de Schmorl du plateau supérieur de L4. Il existe également une discrète arthrose des articulaires postérieures au niveau L4-L5 à D et L5-S1 à G. A noter que la hernie de Schmorl du plateau supérieur de L4 s'est accompagnée, dès la 1^{ère} IRM lombosacrée du 22.19.2013, d'une petite composante d'oedème pouvant suggérer la possibilité d'une lésion récente surajoutée. Cependant, l'oedème n'a pas rétrocedé au cours

des diverses IRM lombosacrée et cette petite composante d'oedème ne s'explique donc pas par une lésion traumatique.

Par ailleurs, radiologiquement, les sacro-iliaques sont normales. D'ailleurs, si les sacro-iliaques sont douloureuses à la palpation, les manoeuvres de sacroiliite sont cliniquement négatives.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de mécanicien indépendant. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail et la capacité de travail est donc complète. Il faut cependant relever, chez cet assuré, une importante démonstrativité avec un comportement algique marqué et des signes de non organicité selon Waddell et Kummel. Dans cette situation, le médecin psychiatre, la Dresse D. _____ a retenu le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. Evidemment, actuellement, il existe également des facteurs étrangers à l'invalidité, qui ont un impact négatif sur l'évolution de l'assuré, à savoir l'absence d'assurance-accident lui ayant versé des prestations pour cet accident. C'est peut-être cette situation qui a conduit à une majoration des symptômes, avec importante démonstrativité et comportement algique marqué. On note aussi chez cet assuré certaines incohérences entre ce qu'il dit au rhumatologue, à qui il dira qu'il ne peut jouer avec ses enfants et ce qu'il a dit au médecin psychiatre, à qui il a dit qu'il jouait avec eux, notamment 1 samedi sur 2, lorsqu'il a la garde de ses enfants, sa femme travaillant. Par ailleurs, malgré que l'infirmier qui le suit à domicile dise qu'il ne peut marcher à l'intérieur sans se tenir au mur, l'assuré a été tout à fait capable de déambuler dans le SMR sans se retenir au mur. Il a même été capable de marcher sur la pointe des pieds et les talons. Par ailleurs, malgré la description par cet infirmier d'une situation catastrophique d'isolement social, on peut noter tout de même que l'assuré a été capable de partir en [...] il y a 2 mois pour aller au chevet de son père.

Malgré une thérapie tout à fait adéquate du point de vue de la prescription médicamenteuse et des traitements physiques, l'évolution a donc été défavorable. Cela s'explique par la présence, chez cet assuré, d'une importante majoration des symptômes, avec exagération. Au vu de l'importante démonstrativité et des nombreux signes de non-organicité selon Waddell et Kummel, on peut craindre que des mesures d'ordre professionnel n'échouent, bien qu'il n'existe aucune raison physique à ce que l'assuré ne puisse effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

D'un point de vue psychiatrique, il s'agit donc d'un assuré qui a fait une demande de prestations AI en date du 21.01.2014 suite à un accident dans ses activités professionnelles de garagiste indépendant en date du mois de septembre 2013.

Dans le rapport médical en date du 07.04.2014, la Dresse W. _____, médecin associé et le Dr L. _____, chef de clinique adjoint, attestent que l'assuré présente actuellement des lombalgies, évoluant défavorablement depuis 6 mois. Pour les médecins, le tableau clinique évolue dans un contexte de stress important avec des troubles du sommeil et une perception d'invalidité. Des drapeaux jaunes sont

également présents (problématique asséculoologique, le patient n'ayant pas d'assurance-accident, dont ne recevant pas d'indemnité). Les médecins considèrent que ceci joue probablement un rôle dans le développement du tableau clinique. Après explication du rôle des facteurs psychologiques dans le tableau clinique et l'importance d'avoir une bonne qualité de sommeil, le patient accepte un traitement de [...], 15 mg au coucher.

En date du 25.11.2014, l'OAI décide du refus d'une rente d'invalidité. Le médecin traitant, le Dr Z. _____ écrit un document à l'OAI en mentionnant que la situation médicale du patient est en train de se péjorer et qu'il ne présente absolument pas une capacité de travail à 100%. Le Dr Z. _____ atteste aussi que l'assuré a commencé une psychothérapie chez la Dresse K. _____ au Centre médical de [...] et demande donc de réexaminer la demande de l'assuré.

En date du 02.12.2014, l'assuré lui-même adresse un document à l'OAI en disant qu'il souffre de douleurs non-stop, qu'il n'arrive pas à rester debout plus de 20 minutes, ni en position assise, qu'il mange debout et qu'à cause de cela il a perdu du poids, que sa jambe G s'endort et qu'il a des fourmis aux cuisses, que lorsqu'il descend les escaliers, sa jambe G lâche de temps en temps, qu'il a une grande douleur au dos chaque fois qu'il va à la toilette pour faire ses besoins et qu'il a souvent mal à la tête et à la nuque. L'assuré ajoute qu'il ne dort presque plus la nuit, qu'il prend des médicaments pour s'endormir, qu'il est trop stressé et trop énervé, qu'il va chaque mois chez le docteur, le psychiatre et le psychothérapeute et qu'il espère qu'avec les traitements, cela ira mieux.

En date du 26.02.2015, la Dresse K. _____ confirme que l'assuré vient à sa consultation depuis le 09.09.2014, que l'assuré présente un F41.1, c'est-à-dire un état d'anxiété généralisée et qu'il existe une péjoration clinique malgré le suivi psychiatrique intégré, à base de traitement psychothérapeutique, de traitement psychopharmacologique à base de [...] et de [...] et sous forme d'entretiens psychiatriques à domicile faits par un infirmier indépendant.

A l'examen de ce jour, il apparaît que l'assuré a bénéficié d'une scolarité dans la normale, en [...], qui est son pays d'origine. L'assuré a suivi la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 14-15 ans, puis il a suivi les cours du lycée, tout en travaillant dans des magasins dans des complexes hôteliers en [...]. L'assuré a donc commencé à travailler relativement jeune dans différents endroits. L'assuré est arrivé en Suisse en 1998. A partir de ce moment, l'assuré a exercé différentes activités professionnelles dans différents milieux : il a travaillé dans la restauration, dans la vente, il a même eu une activité indépendante de gérant d'un bar à [...]. Après, l'assuré s'est installé comme garagiste indépendant de 2008 jusqu'à 2013. L'assuré a donc fait montre d'une capacité de travail longue de quinze ans indicatrice de ressources psychiques.

D'un point de vue personnel, l'assuré s'est marié deux fois, une 1^{ère} fois en 1999, un divorce a suivi en 2002 et, peu de temps après, l'assuré s'est remarié avec une citoyenne d'origine [...], mais établie de longue date en Suisse. Le couple a 2 enfants. La femme de l'assuré bénéficie d'une intégration professionnelle en Suisse.

Depuis son accident survenant dans le garage en septembre 2013, l'assuré n'a plus repris le travail. Les différents médecins consultés ont insisté sur le problème asséculoologique, à savoir que l'assuré ne

bénéficiait pas d'une assurance de perte de gain en cas d'accident de travail.

L'assuré se présente avec une hygiène et un habillement globalement dans les normes. L'assuré se présente de façon collaborante et il répond de façon relativement précise aux questions. L'assuré ne présente pas de troubles de la mémoire et présente quelques troubles de la concentration. L'assuré se montre démonstratif, il se prend la tête dans les mains, il se lève à plusieurs reprises, il dit être très souffrant, il soupire à de nombreuses occasions. L'assuré se montre particulièrement en colère contre sa situation et aussi contre les médecins qui ne lui rendent pas service. Tous les médecins traitants sont englobés dans son appréciation.

L'assuré ne présente pas de trouble d'anxiété généralisée lors de l'examen clinique. Il présente quelques troubles de la lignée anxieuse dans le cadre de sa situation financière qui n'atteignent pas l'ampleur d'un état d'anxiété généralisée. L'assuré ne présente pas d'accès de panique anamnétique. Aucun état de panique en cours d'examen. L'assuré dit pouvoir faire les courses, pouvoir sortir avec son épouse et si les sorties ne lui plaisent guère, il peut les assumer. Donc pas de phobie sociale. Donc, contrairement à ce qui est décrit par le psychiatre traitant, l'assuré ne présente pas de pathologie anxieuse grave.

Sur le plan de la thymie, l'assuré ne présente pas de net abaissement de la thymie. L'assuré est surtout un homme en colère contre sa situation actuelle et contre ce qu'il considère comme un manque d'efficacité du corps médical. L'assuré présente un relatif adynamisme. Cependant, il continue à s'occuper de ses enfants, à veiller au petit déjeuner de ces derniers, au repas de midi et au repas du soir. L'assuré sort régulièrement. Les week-ends, l'assuré s'occupe de ses enfants, et le samedi matin, une fois sur deux il est seul à s'en occuper. Le restant du samedi, l'assuré reste avec son épouse et avec ses enfants. L'assuré joue même avec ses enfants. Les jeux que l'assuré a avec ses enfants ont été décrits au chapitre consacré à la vie quotidienne. On ne peut donc pas parler d'abaissement net du dynamisme. L'assuré ne présente aucun sentiment de culpabilité. L'assuré est de constitution mince et pèse actuellement 54 kg, alors qu'auparavant il pesait 56 kg. Il n'y a donc pas de variation pondérale majeure. L'assuré dit présenter des troubles du sommeil et ne pas pouvoir dormir plus de 2 heures d'affilée. L'assuré dort par à-coups et ce sommeil de mauvaise qualité est en relation avec le manque d'activité de la journée. L'assuré ne présente donc pas de symptômes dans le cadre d'un épisode dépressif majeur.

L'assuré ne présente pas de symptômes significatifs dans le cadre d'un éventuel trouble de la personnalité.

L'assuré continue à présenter une bonne intégration familiale.

L'assuré présente donc un trouble de l'adaptation avec perturbation des autres émotions depuis son accident.

En ce qui concerne le traitement dont bénéficie l'assuré, le traitement médical est conforme aux règles de l'art. L'assuré va à la consultation de son psychiatre entre 2 fois et 1 fois par mois. Le traitement psychopharmacologique est conforme. L'assuré bénéficie également d'un suivi par un infirmier, infirmier qui se rend à domicile. L'assuré bénéficie donc d'un suivi intensif de la part de l'infirmier. L'infirmier note dans son rapport, entre autre, que l'assuré présente un

comportement social inadapté et qu'il présente de la résistance aux soins. En effet, l'assuré est convaincu de son invalidité et exprime sans arrêt des sentiments de colère, envers les autres et principalement envers les médecins, qui n'arrivent absolument pas à l'aider ni à le soigner.

L'assuré présente une vie sociale réduite, mais présente une bonne intégration familiale. En effet, l'assuré n'a pas caché les problèmes qu'il rencontre avec son épouse, mais l'assuré continue à s'occuper de ses enfants régulièrement chaque jour, ainsi que les week-ends. Ceci a été abondamment décrit au chapitre consacré à la vie quotidienne.

Il existe des divergences entre les renseignements recueillis par l'expert rhumatologue et l'expert psychiatre, à savoir que l'assuré a dit qu'il ne jouait pas avec ses enfants à l'expert rhumatologue et qu'il a affirmé le contraire à l'expert psychiatre.

Contrairement à ce qui a été noté par l'infirmier, M. S. _____, celui-ci notant que l'assuré doit s'appuyer au mur pour marcher à l'intérieur et qu'il doit être accompagné par son épouse pour chaque déplacement à l'intérieur ou à l'extérieur, il n'a pas été noté, en cours d'examen, ce type de handicap. L'assuré marche bien seul, ne doit pas s'appuyer au mur, à certains moments la démarche est rapide. L'assuré s'anime et devient très souriant pour saluer les différents membres du secrétariat du SMR. Il y a donc des discordances nettes entre les plaintes exprimées par l'assuré et les observations cliniques.

L'assuré ne présente donc aucune pathologie psychiatrique grave.

L'assuré ne présente donc aucune incapacité de travail pour raison psychiatrique.

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 10kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

Aucune limitation fonctionnelle d'origine psychiatrique.

Depuis quand y'a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 16.09.2013.

Il n'existe pas d'incapacité de travail pour raison psychiatrique.

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

Il est resté complet dans l'activité de mécanicien automobile indépendant depuis le 16.09.2013. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète dès le 16.03.2014, soit 6 mois après la contusion lombaire. Evidemment, notre évaluation de la capacité de travail est différente de celle du Dr Z. _____, qui atteste une incapacité de travail totale sans vraiment en donner les raisons. Il faut cependant remarquer que le Dr Z. _____ n'a pas signalé la présence de signes de non-organicité selon Waddell et Kummel, la démonstrativité et le comportement algique marqué avec kinésiophobie importante et autolimitations. Cependant, ces éléments ont déjà été relevés par le Dr L. _____, qui signale que l'assuré est

très kinésiophobe et qu'il s'autolimit, dans son rapport du 04.08.2014 au Dr Z._____. Comme le relève par ailleurs la Dresse W._____ et le Dr L._____ dans leur rapport du 07.04.2014 au Dr Z._____, l'absence de déficit sensitivomoteur exclut la présence d'une radiculopathie. Ils retiennent cependant un déconditionnement physique important avec surtout une hypoextensibilité et des dysbalances musculaires. Pour résoudre ce problème, le Dr L._____ a proposé, en juillet 2014 à l'assuré une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre de l'Unité de réhabilitation du Service de rhumatologie pour un programme de rééducation fonctionnelle intensive du rachis, ayant comme but premier la reconstitution de la confiance en soi et des capacités fonctionnelles. Cependant, M. M._____ s'est montré toujours réticent à cette perspective et n'a pas suivi ce traitement.

Ainsi, comme le signale également la Dresse K._____ dans son rapport du 26.02.2015, il existe un manque de motivation et de volonté chez cet assuré.

Aucune incapacité de travail pour raison psychiatrique.

Capacité de travail exigible :

Dans l'activité habituelle : 0% comme mécanicien automobile indépendant

Dans une activité adaptée : 100% depuis le 16.03.2014

A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

Dans un avis SMR du 30 novembre 2015, la Dresse B._____ a considéré que ce rapport était probant et convaincant.

Par décision du 3 décembre 2015, accompagnée d'un courrier explicatif du même jour faisant référence aux rapports médicaux postérieurs au projet du 25 novembre 2014, l'OAI a confirmé ce projet.

B. Par acte daté du 24 décembre 2015, reçu au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 6 janvier 2016, M. _____ a déclaré qu'il entendait faire recours contre la décision de l'OAI du 3 décembre 2015. Selon l'écriture de son avocat, Me Gilles-Antoine Hofstetter, qu'il a consulté ensuite, l'assuré conclut principalement à la réforme de la décision, en ce sens qu'il a le droit à une rente entière d'invalidité dès le 15 septembre 2014, et subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il fait valoir que l'OAI n'a pas pris en compte à leur juste mesure ses troubles physiques, en particulier

ses lombalgies chroniques et l'hernie de Schmorl qu'il subit encore à l'heure actuelle, celles-ci l'empêchant d'exercer quelque activité lucrative que ce soit. Le recourant est également d'avis que ses troubles psychiques n'ont pas été pris en compte à leur juste mesure, alors qu'ils sont « indéniables, d'importance et très certainement invalidants » ; il renvoie au rapport de M. S. _____ qui pointe clairement selon lui des troubles de cet ordre. Il relève que la décision fait référence au déploiement d'une activité dans un milieu « rassurant et calme », arguant que l'« on peine à percevoir dans la décision attaquée à quelle profession il est exactement fait référence, l'Office AI ne le précisant pas, ce dernier se bornant à renvoyer aux statistiques de la LESS », et que l'instruction doit à tout le moins être complétée sur ce point. Il fait encore valoir qu'il ne voit pas quel employeur pourrait lui garantir du travail dans un tel milieu ; selon lui, pourrait tout au plus être envisagée l'exercice d'une activité en milieu protégé, ce qui entraînerait un taux d'invalidité supérieur à 70%. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert que les résultats de la prise en charge pluridisciplinaire préconisée par le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en traitement interventionnel de la douleur, soient déterminés, ce médecin devant être interpellé à ce propos, ainsi que sur sa capacité de travail. Il requiert également qu'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et antalgique) soit mise en œuvre. Avec son recours, l'assuré produit l'IRM du 3 septembre 2015 réalisée par le Dr T. _____. Il produit également un rapport du 5 novembre 2015 du Dr V. _____ au Dr Z. _____, diagnostiquant des lombalgies chroniques et une hernie de Schmorl L3-L4, et relevant que si les hernies de Schmorl avec un œdème pouvaient être corrélées avec la douleur, le tableau clinique était celui d'un patient douloureux chronique, des douleurs beaucoup plus généralisées, ce qui contre-indiquait une intervention chirurgicale. Le Dr V. _____ recommandait par contre une prise en charge pluridisciplinaire auprès des Drs N. _____ et Q. _____.

Le 15 février 2016, le recourant a encore produit un courrier du 11 février 2016 du Dr Z. _____ à son avocat, confirmant que son

patient présentait une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 15 septembre 2013 et que la situation n'avait pas évolué depuis.

Dans sa réponse du 14 mars 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours, étant d'avis qu'aucun élément médical objectif n'a été amené par le recourant qui aurait été ignoré lors de l'examen clinique réalisé au SMR le 15 septembre 2015.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile compte tenu des fériés de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et

imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 sv. ; cf. TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

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

La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA (art. 29 al. 1 LAI).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec le celui qu'il pourrait

obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 ; TF 9C_236/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4 et les références).

4. En substance et à titre principal, le recourant est d'avis que l'OAI n'a pas pris en compte ses atteintes physiques et psychiques à leur juste mesure et qu'il n'est pas capable d'exercer quelque activité que ce soit.

a) Il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de garagiste indépendant en raison de son état de santé, et ce à juste titre vu les rapports médicaux concordants à cet égard (cf. notamment avis médical SMR du 19 mars 2014, rapport du 18 septembre 2014 du Dr L._____, rapport d'examen clinique du SMR du 16 novembre 2015).

b) Cela étant, l'OAI considère qu'à l'issue du délai de carence d'une année, soit le 15 septembre 2014, le recourant a recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges, ni position en porte-à-faux, ni travail en zone basse, ni déplacement sur terrain accidenté, avec alternance des positions et dans un milieu rassurant et calme. L'office s'est principalement fondé sur le rapport d'examen clinique réalisé au SMR le 15 septembre 2015 par le Dr G._____ et la Dresse D._____.

aa) Pour évaluer la capacité de travail au plan physique, le Dr G._____ s'est basé sur une anamnèse complète et a pris en compte les plaintes de l'assuré, expliquant notamment que ce dernier ne travaillait plus depuis le 16 mars 2013, date où il avait fait une chute d'une échelle de deux mètres sur une barre métallique, se percutant le dos. Le Dr G._____ a relevé que trois jours après l'accident, l'intéressé avait ressenti de fortes douleurs au niveau lombaire et qu'elles étaient devenues de plus en plus importantes avec le temps ; à la date de l'examen, elles s'étendaient de la région lombaire à la région cervicale. L'assuré présentait également des douleurs et des fourmillements sur la

face externe de la cuisse gauche avec perte de sensibilité, des lâchages du membre inférieur gauche à la descente d'escaliers et des difficultés à dormir. Le médecin a également réalisé un examen clinique et s'est fondé sur le dossier radiologique de l'assuré (en particulier les IRM des 22 octobre 2013, 30 juin 2014 et 2 septembre 2015 réalisées par le Dr T._____) pour poser ses diagnostics et évaluer la capacité de travail de l'assuré. Le rhumatologue a ainsi retenu, comme l'ensemble de ses confrères (voir notamment rapport du Dr Z.____ du 1^{er} février 2014 et rapport des Drs L.____ et W.____ du 7 avril 2014), que l'assuré présentait de discrètes discopathies L3-L4 et L4-L5 avec déchirure annulaire au niveau L4-L5, ainsi que des séquelles de maladie de Scheuerman, avec une hernie de Schmorl du plateau supérieur de L4 avec composante d'œdème, présente dès la 1^{ère} IRM d'octobre 2013. Le spécialiste a ainsi tenu compte de ces diagnostics pour retenir des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, lesquelles sont largement comparables à celles retenues par d'autres médecins (cf. rapport du Dr R.____ du 19 février 2014, rapport du Dr L.____ du 18 septembre 2014, avis de la Dresse B.____ du 11 novembre 2014). Compte tenu de ces limitations, qui n'étaient pas respectées dans l'activité de mécanicien indépendant, le Dr G.____ a retenu une incapacité totale de travail dans cette activité. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, le médecin a estimé qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail, et que par conséquent, il convenait de considérer que sa capacité de travail était complète six mois après la contusion lombaire. Le Dr G.____ a de plus constaté que l'assuré présentait une importante démonstrativité avec un comportement algique marqué et des signes de non organicité selon Waddel et Kummel. Tout en relevant que la psychiatre avait retenu un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques non invalidant, le Dr G.____ a estimé que c'était en définitive ces éléments qui expliquaient l'évolution défavorable de la situation de l'assuré, répétant qu'il n'existait pas de raison physique à ce que l'assuré ne puisse pas effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire.

Vu ce qui précède, les conclusions du Dr G._____ sont claires et dûment motivées, reposent sur une anamnèse complète et détaillée, un examen clinique de l'assuré, et prennent en compte les indications subjectives de ce dernier. Il y a dès lors lieu de conférer pleine valeur probante à son appréciation. On relèvera en outre qu'elle est corroborée par celle du Dr L._____ qui avait posé, dans son rapport du 18 septembre 2014, un pronostic bon à long terme au plan strictement somatique mais relevé que le patient était très stressé, présentait de multiples auto-limitations, et se trouvait dans un contexte psychosocial difficile. Or, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, des facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI (cf. supra consid. 3a). De plus, le Dr L._____ avait lui aussi considéré que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré pouvait être considérée comme complète. Quant au Dr V._____, dans son rapport du 5 novembre 2015 produit par le recourant, il ne pose pas de diagnostic différent de ceux retenus par les médecins ayant précédemment examiné l'assuré. Le status ne diffère pas non plus fondamentalement de celui observé par le Dr G._____. Par ailleurs le Dr V._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, ne faisant qu'envisager les mesures qui pourraient le soulager ; à cet égard, si le médecin a relevé que ce dernier se disait prêt à consulter le Dr N._____ pour une prise en charge pluridisciplinaire intense qu'il avait précédemment refusée, cette seule circonstance ne saurait justifier un complément d'instruction comme il le requiert, ni ne permet de faire douter des conclusions du Dr G._____. En effet, il apparaît qu'une telle prise en charge ne modifierait pas significativement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, mais ne permettrait qu'une amélioration de ses capacités fonctionnelles (cf. en ce sens rapport du Dr L._____ du 18 septembre 2014).

Les rapports du Dr Z._____ ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail au plan physique retenue par le Dr G._____. En effet, d'une part, l'aggravation de l'état de santé et l'incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité dont fait état

le Dr Z._____ dans son rapport du 20 mai 2014 à l'OAI paraissent essentiellement fondées sur les plaintes du recourant, puisque l'IRM réalisée le 30 juin 2014 conclut à une situation inchangée de la pathologie physique, tout comme l'IRM du 2 septembre 2015. De plus, les rapports du Dr Z._____ ne mentionnent pas que l'assuré présente un stress important et des auto-limitations, éléments qui ont été relevés par la plupart des autres somaticiens et jouent selon toute vraisemblance un rôle dans la présentation du tableau clinique (cf. supra et rapport du 22 janvier 2014 du Dr R._____ *in fine*). Quant aux divers certificats médicaux du Dr Z._____ attestant la poursuite de l'incapacité totale de travail notamment à compter du 1^{er} octobre 2015, de même que son courrier du 11 février 2016 au conseil du recourant, ils ne sont pas suffisamment motivés pour faire douter des conclusions du rapport du Dr G._____ et de celui du Dr L._____ susmentionné.

Enfin, on ne saurait considérer déterminantes les observations de M. S._____ (rapport du 7 septembre 2015) qui fait état de difficultés importantes à la marche (« même avec l'aide de physiothérapie, il a de la peine à avoir une amélioration au niveau de la marche suite douleurs dorsale (Hanches, Genoux pieds), il s'appuie sur les murs pour marcher à l'intérieur. Il est accompagné par son épouse pour chaque déplacement à intérieure et extérieur »). En effet, le Dr G._____ n'a pas observé de telles difficultés (cf. rapport du 16 novembre 2015 : « L'assuré marche bien seul ne doit pas s'appuyer au mur, à certains moments la démarche est rapide »).

bb) Au plan psychiatrique, le recourant considère que ses troubles n'ont pas été pris en compte à leur juste mesure, alléguant que ceux-ci sont « indéniables, d'importance et très certainement invalidants ».

Pour apprécier la capacité de travail au plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur l'examen réalisé par la Dresse D._____kx du SMR. Celle-ci a retenu que l'assuré ne présentait « aucune pathologie psychiatrique grave » retenant uniquement un trouble de l'adaptation

avec perturbation des autres émotions depuis l'accident et par conséquent « aucune incapacité de travail pour raison psychiatrique ».

Outre que l'on ignore à quels troubles « indéniables » le recourant se réfère, l'on constate que la psychiatre, lors de son examen clinique a bien noté que l'assuré présentait quelques troubles de la concentration, sans troubles de la mémoire. Elle a aussi relevé qu'il avait des troubles de la lignée anxieuse « dans le cadre de sa situation financière », lesquels n'atteignaient toutefois pas l'ampleur d'un état d'anxiété généralisée comme l'avait retenu la psychiatre traitante, la Dresse K._____, ou celle d'une phobie sociale - puisque l'assuré expliquait pouvoir faire ses courses et sortir avec son épouse ; la Dresse D._____ a encore exclu des accès de panique (anamnestiquement ou en cours d'examen). Elle n'a en outre pas constaté d'épisode dépressif majeur, expliquant que l'assuré ne présentait pas un net abaissement de la thymie, mais qu'il était surtout en colère contre sa situation actuelle et contre ce qu'il considérait comme un manque d'efficacité du corps médical. L'on ne pouvait par ailleurs pas parler d'un abaissement net du dynamisme, dès lors que même si l'intéressé avait une vie sociale réduite, il continuait de s'occuper de ses enfants, de sortir régulièrement et d'avoir une bonne intégration familiale. Il ne présentait pas de sentiment de culpabilité, ni de variation pondérale majeure. S'il souffrait de troubles du sommeil, ayant un sommeil de mauvaise qualité, cela devait être mis en relation avec le manque d'activité durant la journée. En définitive, la Dresse D._____ constate que l'assuré souffre d'un trouble d'adaptation avec perturbation des autres émotions depuis son accident, non invalidant.

Ainsi, les conclusions de la Dresse D._____kx sont claires et convaincantes, prennent en compte les plaintes de l'assuré et reposent sur une anamnèse complète. La psychiatre du SMR a également discuté des points litigieux importants, prenant en compte en particulier l'avis divergeant de la Dresse K._____ et expliquant de manière probante pourquoi elle s'en est distancié. L'appréciation de la Dresse D._____ remplit donc les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine

valeur probante. Le grief du recourant selon lequel ses troubles n'ont pas été pris en considération à leur juste mesure n'est donc pas fondé.

Le rapport du 7 septembre 2015 de M. S._____ ne permet pas de remettre en cause l'appréciation de la Dresse D._____kx. En effet, d'une part, ce dernier a énuméré plusieurs symptômes du registre psychiatrique, sans toutefois réellement apprécier leur gravité ou indiquer dans quelle mesure ou pour quelle raison ils auraient valeur d'une maladie incapacitante. Or, la psychiatre du SMR a procédé de manière convaincante à une telle évaluation, prenant en compte par ailleurs la plupart des symptômes décrits par l'infirmier (cf. le rapport SMR du 16 novembre 2015, pp. 14-15). D'autre part, la Dresse D._____ qui est un médecin spécialisé en psychiatrie, apparaît plus à même d'apprécier la situation médicale de l'assuré, que M. S._____, qui est infirmier (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2.3 et les références).

cc) En définitive, la situation médicale est établie au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base du rapport convaincant du Dr G._____ et de la Dresse D._____, de sorte que leurs conclusions doivent être suivies. La Cour de céans est ainsi convaincue, par appréciation anticipée des preuves, que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (cf. TF 9C_440/2008 du 5 août 2008, TFA U 193/02 du 3 décembre 2002 consid. 1.2 et les références). Il n'y a donc pas lieu de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et antalgique) comme le requiert le recourant.

c) Le recourant fait encore grief à l'OAI de ne pas avoir précisé quelle activité il pourrait exercer « dans un milieu rassurant et calme », relevant que de toute manière seule une activité en milieu protégé est envisageable.

Or, contrairement à ce que soutient le recourant, il ressort de son dossier AI qu'un spécialiste en réadaptation a donné des exemples plus précis d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles que le

simple renvoi à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle et surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement (cf. rapport du 20 novembre 2014). En outre, vu que le rapport d'examen clinique du SMR du 16 novembre 2015 conclut à l'absence d'atteinte psychiatrique avec répercussions sur la capacité de travail, la limitation fonctionnelle retenue par l'OAI selon laquelle l'assuré devrait œuvrer dans un milieu « rassurant et calme » n'apparaît pas indispensable. Quoiqu'il en soit, la présence d'une telle limitation fonctionnelle ne permettrait pas de conclure, comme le soutient le recourant, que seule une activité en milieu protégé lui est accessible. En effet, pour fixer le revenu d'invalidé, la jurisprudence admet de se fonder sur le revenu auquel peuvent prétendre les assurés effectuant des activités simples et répétitives (TA1, niveau 4 de qualification) selon l'ESS, lorsqu'ils ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1 ; TFA I 171/04 du 1^{er} avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). En l'occurrence, l'affection touchant le recourant n'est pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de ce raisonnement, car ses limitations fonctionnelles concernant l'épargne du rachis n'apparaissent pas particulièrement contraignantes, que soient comprises ou non les limitations d'ordre psychique précitées.

5. a) Vu ce qui précède, les griefs du recourant sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 francs vu l'ampleur du litige (art. 69 al. 1^{bis}, 2^{ème} phrase, LAI) et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 décembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, (pour M. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :