

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
MM. Neu, juge et Bonard, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me François Pidoux,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 7 mai 2012, M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Né le [...], l'assuré, de nationalité macédonienne, a exercé régulièrement une activité professionnelle en Suisse depuis 1992. Il a une formation de tourneur métallique. Il a exercé différentes activités, notamment dans la restauration. Au moment du dépôt de la demande, l'assuré était employé en tant que monteur en isolation à 100% auprès de N. _____ SA à A. _____. Il était en incapacité de travail à 100% depuis le 22 février 2012.

Selon le rapport médical du 29 mai 2012 du Dr R. _____, spécialiste en neurologie, de la Clinique D. _____, le recourant souffrait d'un « syndrome lombo-vertébral et radiculaire de topographie L5 gauche, déficitaire sur le plan sensitivomoteur. » Ce praticien indiquait que l'assuré ne pouvait plus, en raison de la parésie des releveurs du pied, travailler sur des échelles ou des escabeaux.

A la suite d'un examen neurologique réalisé le 9 mai 2012, le Dr R. _____ a apprécié la situation médicale de la manière suivante :

« Pour la troisième fois depuis 1991, ce patient présente à nouveau depuis environ septembre 2011, des lombosciatalgies gauches de topographie L5, déficitaires sur le plan sensitivomoteur, mais sans trouble sphinctérien. Ce n'est que tardivement que le patient vous a consulté, bien après l'installation du déficit moteur, raison pour laquelle il a été traité conservativement, d'autant plus qu'il refuse toute sanction chirurgicale.

Cliniquement, je ne peux malheureusement que confirmer l'atteinte radiculaire L5 gauche, sévèrement déficitaire sur le plan moteur, dans une moindre mesure également déficitaire du point de vue sensitif, mais actuellement sans caractère irritatif ni syndrome lombo-vertébral.

En raison du temps écoulé depuis l'installation du déficit moteur, de l'absence de récupération relevée par le patient malgré les différents traitements entrepris, je reste très pessimiste quant aux chances d'amélioration de la force. Je ne peux donc que

recommander la poursuite de l'utilisation du Compex et de la prise en charge de la physiothérapie. En l'absence de réelle plainte douloureuse, de syndrome lombo-vertébral et de signe irritatif, je n'ai pas d'indication à proposer une hospitalisation du patient pour une prise en charge de rééducation.

Si j'admets donc que les chances de récupération du pied sont minimales, les démarches auprès de l'Al me paraissent judicieuses car il conviendra de rechercher une activité évitant tout travail sur des échelles ou escabeaux. Par conséquent, si d'ici un mois aucun signe de récupération ne se manifeste, il me paraîtrait raisonnable que des mesures d'ordre professionnel soient mises en route. De même, en ce qui concerne la prise en charge de physiothérapie, celle-ci pourrait être également interrompue après ce laps de temps en l'absence de récupération.

J'ai également rendu attentif le patient en lui demandant de consulter rapidement un médecin ou les urgences s'il devait noter l'apparition de troubles sphinctériens.

D'autre part, si un nouvel épisode aigu devait se manifester avec un caractère irritatif, des sciatalgies, nous pourrions à ce moment-là rediscuter d'une hospitalisation à la Clinique D._____. »

Ce rapport a été complété par un second rapport médical daté du 18 mai 2012 et émanant du Dr L._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assuré. Ce praticien faisait état d'une lombosciatalgie L5 gauche déficitaire ainsi que d'une incapacité de travail dans la dernière activité exercée à 100% depuis le 21 novembre 2011.

Le Dr L._____ a également joint un rapport du Dr P._____, spécialiste en neurologie, du 5 mars 2012, dont il ressort que : « l'examen neurologique montre un steppage du pied G indiquant une radiculopathie L5 G sévère qui est confirmée par un EMG [électromyogramme, réd.] qui montre des signes de dénervation aiguë abondants et un appauvrissement considérable du tracé à l'effort dans le jambier antérieur G. Cette radiculopathie est en relation avec un canal lombaire étroit en L3-L4 où il existe également une hernie discale paramédiane G. A noter qu'il n'y a pas de symptôme du côté D. Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé au patient un traitement de physiothérapie intensive, une électrothérapie (Compex), le port d'une attelle antisteppage. »

Ce médecin indiquait également les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités uniquement en position debout plus de 3 à 4

heures par jour, pas d'activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), pas d'activités accroupi, pas d'activités à genoux, ne pas monter sur une échelle ou un échafaudage, ne pas monter les escaliers, ne pas soulever ou porter (près ou loin du corps).

Le 18 septembre 2012, l'OAI a communiqué qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible en l'état, la situation médicale du recourant n'étant pas stabilisée.

En réponse à l'OAI, le Dr L. _____ a indiqué ce qui suit dans un courrier du 9 octobre 2012 :

« Par rapport à mon dernier rapport du 18 mai 2012, il n'y a aucune évolution de sa maladie neurologique, l'état actuel est le même, Monsieur M. _____ porte maintenant en permanence une orthèse anti-steppage à la jambe gauche. En réserve, des anti-inflammatoires sous couverture de protecteur d'estomac. La physiothérapie et application de courant TENS pour atténuer les dysesthésies à la jambe gauche (aucun effet positif sur la parésie). Il s'agit d'une problématique de compression radiculaire sur une hernie discale luxée, les conséquences sont essentiellement périphériques, et paradoxalement Monsieur M. _____ ne semble pas trop souffrir de douleurs tendino-musculaires au niveau lombaire. C'est surtout l'impotence fonctionnelle de la jambe et du pied gauches qui nécessitent une réadaptation professionnelle.

Quant à l'évaluation de ses capacités de travail exigibles et réelles dans une activité adaptée, seul un stage d'observation dans un centre d'évaluation pourra apporter des éléments de réponse ainsi que des indications sur le type de profession exigible et compatible avec sa problématique neurologique.

Il n'y a pas d'autres investigations ni de thérapies envisagées, selon le neurologue, une intervention neurochirurgicale ne pourrait déjà plus permettre une récupération ou réparation du nerf lésé. »

L'OAI a ordonné une expertise rhumatologique qui a été confiée au Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 30 janvier 2014, l'expert a posé le diagnostic suivant : « Lombosciatique L5 gauche et cruralgie L4 gauche dans une moindre mesure, avec déficit sensitivomoteur L5 gauche et moteur L4 gauche, depuis novembre 2011. » S'agissant de l'appréciation du cas et du pronostic, l'expert s'est exprimé comme suit :

« Monsieur M. _____ présente un déficit neurologique qui concerne essentiellement la racine L5 gauche, survenu brutalement en novembre 2011, lié tout à la fois à un canal lombaire très étroit et à la présence d'une volumineuse hernie discale au niveau L3-L4 entrant en conflit avec la racine L5 gauche et dans une moindre mesure avec la racine L4 gauche également. Le patient, selon l'anamnèse, a développé très rapidement des troubles sensitivomoteurs marqués au membre inférieur gauche et en raison de son refus réitéré de toute intervention neurochirurgicale, un traitement conservateur a été instauré. Malheureusement, l'évolution clinique est médiocre, il n'y a pas, semble-t-il, de récupération motrice et si j'en juge [par] l'examen clinique effectué ce jour, les faiblesses constatées de la musculature innervée par la racine L5 sont comparables aux examens précédents, voire discrètement moins bonnes en ce qui concerne l'extenseur propre du premier orteil.

Le pronostic est donc très mauvais puisque nous nous trouvons plus [de] deux ans après l'événement aigu sans amélioration notable. Le patient est obligé de déambuler avec une attelle anti-step et probablement il en sera ainsi de manière définitive. Toute reprise de travail dans une activité du bâtiment ou comme aide de cuisine est dès lors impossible. Il s'agit donc pour M. M. _____ de pouvoir à nouveau reprendre une activité professionnelle adaptée à son handicap définitif, ce qui nécessitera une activité essentiellement assise autorisant de temps en temps des changements de position et exempte de port de charges et de mouvements en flexion-extension du rachis à répétition. Il est dès lors souhaitable que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge de reconversion professionnelle. »

S'agissant des limitations au plan physique, l'assuré n'était « plus en mesure de porter des charges au-delà de 5 kg, de monter sur des échelles ou de monter et de descendre des escaliers, de réaliser des mouvements de flexion-extension du rachis lombaire. » Aucune activité exigeante sur le plan physique n'était plus exigible et ce, de manière définitive. En revanche, il existait une capacité résiduelle de travail qui impliquait de travailler essentiellement en position assise dans une activité qui ne nécessitait pas de manutention, qui autoriserait des changements de position du rachis et serait éventuellement pratiquée avec de courts déplacements à pied sans charge et sans monter ou descendre des escaliers. Selon l'expert, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations décrites ci-avant était complète sans diminution de rendement. Cette activité était exigible depuis le jour de l'expertise.

J._____ Assurance Maladie SA, assureur perte de gain du recourant, a ordonné une expertise neurologique qui figure au dossier de l'OAI. Il ressort du rapport du 30 avril 2013 du Dr H._____, spécialiste en neurologie de la Clinique F._____, les éléments suivants :

« 2. SYNTHÈSE

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Il est constaté un tableau clinique et symptomatologie associant un syndrome lombo-vertébral à une parésie sévère sensitivo-motrice et douloureuse dans un territoire correspondant au myotome L5 et L4 gauche, en corrélation étroite avec l'examen électromyographique (dénervation floride dans les myotomes concernés). En outre, Monsieur M._____ présente une amyotrophie sévère de la loge antérieure de la jambe gauche et une amyotrophie légère de la cuisse du même côté. Aucun examen d'imagerie n'a pu être consulté lors de l'expertise. Néanmoins, une IRM effectuée courant 2012 a montré une image de hernie discale L3-L4, avec étroitesse locale du canal lombaire.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

En ce qui concerne le déficit neurologique, l'évolution devrait aller vers un état stationnaire, avec une possible amélioration des algies après l'introduction d'une molécule antinévralgique. En outre, le traitement devrait être renforcé par la poursuite d'une physiothérapie axée sur une approche non passive dans le cadre d'une école du dos.

Néanmoins, il reste potentiellement à ne pas exclure de manière formelle une évolution aggravante de la symptomatologie algique et l'apparition d'un tableau parétique. »

Selon le Dr H._____, la capacité de travail dans l'activité exercée était de 0% et ce, de manière définitive au jour de l'examen le 21 mars 2013. S'agissant d'une activité adaptée, l'expert faisait les constatations suivantes :

« Limitations :

- Station debout prolongée.
- Station assise prolongée.
- Marche prolongée au-delà d'une heure.
- Position en porte-à-faux lombaire.
- Port de charges moyennes (jusqu'à 25kg occasionnellement et/ou 5-12kg souvent, et/ou <5kg en permanence).
- Exposition au froid et notamment aux intempéries.
- Déplacements en hauteur.

- Conduite de véhicule professionnel ou d'engins vibrants.

Capacité de travail relevant des indemnités journalières en cas de maladie :

La capacité de travail dans un emploi adapté pourrait être considérée à 100%, horaire et rendement, au jour de l'examen, soit au 21 mars 2013, dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles, celle-ci étant à définir dans le cadre d'un projet de reconversion professionnelle. »

Par avis du 26 février 2014, le Service médical régional (ci-après : SMR) a indiqué sous la plume du Dr G. _____ adhérer aux conclusions des experts.

L'OAI a fixé le montant du revenu sans invalidité en 2012 à 68'250 fr. selon les indications de l'employeur du recourant et le montant du revenu avec invalidité à 56'178 fr. compte tenu d'un abattement de 10% au titre des limitations fonctionnelles selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS).

B. Le 2 février 2015, l'OAI a notifié au recourant un projet de décision lui refusant le droit à la rente ainsi qu'à des mesures de reclassement. Selon le projet de décision, l'incapacité de travail du recourant était totale dans l'activité habituelle mais une capacité de 100% pouvait être raisonnablement exigée dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire en position assise et permettant l'usage d'une selle ergonomique, pas de port de charges, pas de déplacement en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur ou sur échelle, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexions-rotations répétées du tronc, pas de gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules). Le projet retenait un degré d'invalidité de 17.69%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente, compte tenu de la comparaison entre les revenus avant et après invalidité. Le même jour, l'OAI a ouvert le droit au placement de l'assuré.

Le 16 mars 2015, l'OAI a notifié au recourant une décision reprenant les éléments du projet de décision précité.

C. Par acte du 4 mai 2015 de son mandataire, le recourant a déféré la décision du 16 mars 2015 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Le recourant expose très sommairement qu'il serait incapable de travailler, y compris dans une activité adaptée, compte tenu de la douleur « constamment présente », qui ne pourrait être combattue d'une manière suffisante par le recours à des médicaments. Selon le recourant, les traitements ne sont pas concluants. Il requiert une expertise pour que les « problèmes de douleur soient abordés en profondeur. » Le recourant ne produit toutefois aucune pièce, en particulier aucun document médical, à l'appui de ses allégations. Avec suite de frais et dépens, il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire sous la forme d'une dispense d'avance de frais et de l'assistance d'un défenseur d'office.

Le 6 juillet 2015, l'OAI s'est déterminé sur le recours. Il indique que la décision attaquée est fondée sur les constatations du rapport d'expertise rhumatologique du Dr Z._____ du 30 janvier 2014, qui concordent avec celles de l'expertise neurologique de la Clinique F._____ du 30 avril 2013. Il résulte de ces deux rapports que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des douleurs alléguées par le recourant, l'OAI expose que les deux expertises réalisées par des médecins dont les spécialités étaient différentes ont permis de pleinement les prendre en compte. Selon l'OAI, l'instruction est donc complète. Il propose en conséquence le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Le 19 août 2015, le recourant a produit un certificat médical du Dr L._____ daté du 22 mai 2015. Selon le Dr L._____, la situation se serait significativement aggravée ces dernières semaines et le recourant présenterait une incapacité de travail totale depuis avril 2015 pour tous types d'activités. Par ailleurs, le Dr L._____ fait valoir que le recourant pourrait bénéficier de stages d'évaluation, éventuellement de réhabilitation, en vue de trouver une activité adaptée « à temps très

partiel » en respectant les limitations fonctionnelles. Se fondant sur les constatations du Dr L._____, le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise couvrant les domaines de la neurologie et de la rhumatologie pour évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans sa duplique du 27 août 2015, l'OAI relève que l'aggravation alléguée est survenue après la décision attaquée et qu'elle ne concerne donc pas le présent litige. En outre, l'OAI expose que l'appréciation du Dr L._____ n'est aucunement circonstanciée et qu'on ignore en quoi consiste l'aggravation ainsi que les éventuelles limitations supplémentaires. Enfin, le recourant ne se serait pas montré intéressé à participer activement aux démarches de placement initiées par l'OAI.

Par décision du 24 août 2015, le précédent magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 4 mai précédent. Il étant exonéré du paiement d'avances ainsi que des frais judiciaires. Il était toutefois astreint à s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} octobre 2015. Me François Pidoux était désigné en qualité de défenseur d'office.

Le 6 janvier 2016, le magistrat instructeur a invité Me Pidoux à déposer une liste détaillée de ses opérations et débours pour la présente procédure dans un délai au 18 janvier 2016. Me Pidoux n'a pas procédé plus avant.

La Cour a statué par voie de circulation.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b).

c) Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de

travail compte tenu des faits intervenus jusqu'au 16 mars 2015, date à laquelle la décision attaquée a été rendue. Comme l'indique à juste titre l'OAI, il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre du présent litige d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision attaquée. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de la présente procédure du certificat médical du Dr L._____ du 22 mai 2015 faisant état d'une aggravation de l'état de santé du recourant qui serait intervenue en avril 2015. Pour le surplus, on relèvera que, de toute manière, ce certificat médical est des plus succincts puisqu'il n'expose pas, même de manière sommaire, en quoi l'état de santé du recourant se serait aggravé ni si et quelles limitations fonctionnelles nouvelles seraient à constater. Quoi qu'il en soit, il appartient cas échéant au recourant de présenter une nouvelle demande à l'OAI répondant aux exigences de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) s'il entend faire valoir une aggravation de son état de santé postérieure à la décision attaquée.

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 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 par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être

rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF [Tribunal fédéral] 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 exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) 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. 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; cf. TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1).

4. En l'espèce, il est constant que le recourant souffre de lombosciatalgies en relation avec une radiculopathie L5 gauche déficitaire et un canal lombaire étroit en L3-L4, avec hernie discale paramédiane homolatérale. Le recourant ne met d'ailleurs pas en cause le diagnostic posé par les médecins de sorte qu'il y a lieu de s'y tenir.

De manière sommaire, le recourant fait grief à l'OAI et en particulier aux expertises médicales sur lesquelles la décision attaquée se fonde de ne pas avoir suffisamment pris en compte ses douleurs. Il ressort au contraire des rapports médicaux que ceux-ci, conformément à la jurisprudence citée plus haut, ont pris en considération les plaintes du recourant, notamment s'agissant de ses douleurs au dos. Ainsi, le Dr Z._____ fait état de la « persistance de lombalgies à prédominance

gauche quotidiennes, diurnes et nocturnes, fluctuantes en intensité associées à une irradiation douloureuse au membre inférieur gauche selon un trajet touchant la fesse, la face latérale de la cuisse et du mollet pour se terminer sur le dos du pied gauche » (rapport d'expertise, p. 6), ainsi que des fréquents réveils nocturnes et des douleurs à la marche. Quant à lui, le Dr H. _____ a pris en compte le fait que le recourant se plaignait « d'une parésie motrice relativement sévère des releveurs du pied, des orteils, de la jambe droite et du quadriceps » ainsi que de « douleurs lombaires avec des contractures paravertébrales lombaires à gauche » (rapport d'expertise, p. 18). Ce praticien note également que le sommeil est « parfois altéré par une récurrence douloureuse nocturne, par exemple lors d'un retournement un peu brutal » (rapport d'expertise, p. 22). En outre, on relèvera que le Dr H. _____ considère que la douleur est « plutôt au second plan, par rapport à la perte fonctionnelle sévère qui domine le tableau clinique » (p. 23). Comme l'a exposé à juste titre l'intimé, les deux spécialistes que sont le Dr Z. _____ et le Dr H. _____ étaient ainsi à même chacun dans leur domaine de fournir une explication exhaustive des pathologies du recourant et de leur impact sur la capacité de travail. On ne saurait donc considérer que les experts n'ont pas tenu compte des douleurs ressenties par le recourant. Il apparaît au contraire que chacun des experts a pris en compte les plaintes du recourant dans son appréciation médicale.

Le recourant estime que les douleurs qu'il ressent l'empêchent d'avoir une capacité de travail y compris dans une activité adaptée. Toutefois, aucun de ces praticiens n'a estimé que le tableau clinique était de nature à réduire la capacité de travail du recourant ou son rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au contraire, les deux médecins précités sont arrivés à la conclusion que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limites fonctionnelles. Quant à l'attestation du Dr L. _____ du 22 mai 2015 faisant état d'une incapacité de travail totale du recourant « pour tous types d'activités », elle ne paraît concerner que la période subséquente à la décision attaquée, ce qui la rend sans pertinence pour trancher le présent litige.

Pour le surplus, force est de constater que les conclusions du Dr Z._____ emportent la conviction dans la mesure où elles se fondent sur une expertise remplissant les conditions posées par la jurisprudence précitée. En outre, les conclusions de l'expert rhumatologue mis en œuvre par l'OAI se recourent largement, en particulier sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, avec celles de l'expert neurologue qui avait été mandaté par l'assureur perte de gain. Il n'existe pour le surplus aucune contradiction apparente entre les constatations médicales si bien qu'il convient d'accorder une pleine valeur probante à ces expertises.

S'agissant de la détermination du taux d'invalidité, le recourant n'a pas contesté le calcul auquel l'intimé a procédé. Le revenu sans invalidité est fondé sur les données fournies par l'employeur. Quant au revenu avec invalidité, il a été arrêté sur la base de l'ESS 2010 (activités sans qualification dans le domaine de l'industrie légère), indexé en 2012, avec un abattement de 10%. On relèvera à toutes fins utiles que même un abattement de 25%, taux maximum admis par la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc), n'aurait pas été propre à ouvrir le droit à la rente ($68'250 \text{ fr.} \cdot 0,46815 = 31'815 \text{ fr.}$ [62'420 fr. 02 $\cdot 0,25$ %]) = 21'435 fr., soit un degré d'invalidité de 31,40%).

5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise, que celle-ci porte sur les douleurs ou soit à caractère neurologique et rhumatologique. La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). Par ailleurs, comme exposé, aucun document médical au dossier ne remet en doute

l'appréciation du Dr H._____ confirmée par celle du Dr Z._____, étant précisé qu'elles ont toutes deux pleine valeur probante (ATF 135 V 465).

6. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me François Pidoux (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Bien qu'invité à produire la liste

détaillée de ses opérations et de ses débours, Me Pidoux n'a pas procédé. Il convient par conséquent de fixer équitablement le défraiement qui lui est dû sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (art. 3 al. 2 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1 consid. 3a). Il s'ensuit que l'indemnité d'office de Me François Pidoux, conseil d'office du recourant selon décision du 24 août 2015 du précédent magistrat instructeur, est arrêtée à 1'280 fr., débours par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et TVA en sus, soit un montant total arrondi de 1'500 fr. pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

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

- I. Le recours déposé par M. _____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 16 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me François Pidoux, conseil du recourant, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents francs), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me François Pidoux, avocat (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :