

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2015

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1957, maçon de profession, travaillait en cette qualité depuis février 1999 lorsqu'il s'est trouvé en arrêt de travail, dès le mois de juin 2005 ; il sera finalement licencié au 31 décembre 2006.

Le 24 mai 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a dès lors procédé à l'instruction de cette demande.

Par rapport du 19 juillet 2006, le Dr X._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics incapacitants de cervicobrachialgies bilatérales, de hernie discale C4-C5 et C5-C6 avec discopathie C3-C4, de lombalgies chroniques à caractère mécanique sur troubles statiques et dégénératifs du rachis/séquelles de dystrophie de croissance, ainsi que de gonalgies bilatérales à caractère mécanique. La capacité de travail était considérée comme nulle dans la profession de maçon (depuis le 1^{er} juin 2005) et de 50% dans une profession adaptée. Etait notamment annexé un rapport du 13 décembre 2005 du Dr K._____, médecin chef adjoint au sein du Service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital cantonal de [...], mentionnant des diagnostics analogues dans un contexte évocateur d'un état douloureux chronique.

Le dossier de l'assureur perte de gain C._____ a été transmis à l'OAI le 17 octobre 2006. Y figuraient notamment les documents suivants :

- un rapport du 7 novembre 2005 du Dr G._____, médecin chef au Centre [...] d'[...], considérant qu'il n'y avait cliniquement pas de nette anomalie susceptible d'expliquer une incapacité de travail au long cours et que, malgré les atteintes radiologiques dégénératives établies, il

n'y avait d'un point de vue purement ostéoarticulaire pas d'incapacité de travail de plus de 50% ;

- un rapport d'expertise psychiatrique établi le 4 mai 2006 par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, exposant qu'il y avait lieu de retenir une atteinte incapacitante sous forme de suspicion de trouble somatoforme persistant (F45.4) - étant précisé qu'un trouble somatoforme douloureux avait été évoqué le 28 février 2006 par le Dr YY._____, psychiatre à l'Hôpital cantonal de [...] - mais observant que ce diagnostic ne pouvait fonder aucune restriction significative de la capacité de travail, d'autant moins qu'il n'existait aucune atteinte à la santé psychique proprement dite (pas d'épisode dépressif ou de trouble anxieux) ;

- un rapport du 8 juillet 2006 du Dr K._____, diagnostiquant un syndrome vertébral cervical chronique avec céphalées et douleurs à la ceinture scapulaire gauche sans signes cliniques évocateurs d'une compression radiculaire ou médullaire, des lombalgies chroniques à caractère mécanique avec discret syndrome lombo-vertébral, une hernie discale C4-C5 et C5-C6 et une discopathie C3-C4 connues, des troubles statiques et dégénératifs du rachis/séquelles de dystrophie de croissance, ainsi que des gonalgies bilatérales à caractère mécanique évoquant plutôt un syndrome du compartiment antérieur, le tout dans un contexte d'état douloureux chronique compatible avec des troubles somatoformes douloureux. Il était précisé que si les diagnostics purement rhumatologiques ne permettaient pas d'expliquer une incapacité de travail totale, il semblait toutefois très difficile, au vu des symptômes, d'exiger une mise en valeur de la capacité fonctionnelle résiduelle.

Par rapport du 26 avril 2007, le Dr K._____ a retenu les diagnostics incapacitants d'état douloureux diffus invalidant probablement multifactoriel, ainsi que de troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical et lombaire. Il a ajouté qu'en l'état, l'assuré ne semblait pas avoir de ressources mobilisables pour assumer une quelconque activité.

Le 19 juin 2007, le Dr E._____, chirurgien orthopédiste, a établi un rapport diagnostiquant des troubles dégénératifs importants C3-C4 et C4-C5, avec uncarthrose sur discopathie dégénérative et protrusion discale médiane C4-C5, sans vraie hernie discale. Il a estimé que l'activité de maçon n'était plus exigible mais que l'assuré pourrait théoriquement reprendre un travail léger avec un port de charges ne dépassant pas 15 kg et en évitant les mouvements répétitifs au niveau de la colonne cervicale, cela initialement à un taux de 50% puis progressivement à 70 voire 80%. Le Dr E._____ a souligné qu'une « indemnité » permanente devrait toutefois subsister pour le problème cervical à 20-30%.

En date du 18 septembre 2007, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique réalisé par le Dr N._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 22 octobre 2007, ce spécialiste a retenu en particulier ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail

- **CERVICOSCAPULALGIES BILATÉRALES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC PÉRIARTHRITE SCAPULOHUMÉRALE BILATÉRALE. M 54.2, M 75.**
- **LOMBOCRURALGIES BILATÉRALES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS DU RACHIS AVEC DISCRÈTE COXARTHROSE DÉBUTANTE. M 54.4, M16.0.**

- sans répercussion sur la capacité de travail

[...]

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

Au status, on note des troubles statiques du rachis. La mobilité cervicale et lombaire est diminuée, mais l'on note la présence de 2 signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteil sur le lit d'examen et d'une certaine démonstrativité, l'assuré nous montrant de manière ostentatoire qu'il doit éviter l'antéflexion du tronc pour se rhabiller. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part la mobilité active des 2 épaules. La distance pouce-C7 est augmentée ddc, surtout à gauche. Il existe également

des signes de périarthrite scapulohumérale bilatérale. Au niveau des genoux et des hanches, la mobilité est bien conservée. On note par ailleurs une discrète arthrose nodulaire des doigts et des douleurs de l'interphalangienne du pouce droit à la mobilisation de cette articulation dans le cadre d'un status après entorse récente.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis cervical et lombaire. On note également des séquelles de maladie de Scheuermann. Il existe probablement également une discrète coxarthrose débutante sous forme d'un début de collerette ostéophyttaire dans la jonction entre le col et la tête fémorale ddc. Cependant, ces discrets troubles dégénératifs ne s'accompagnent pas d'un amincissement de l'interligne coxofémoral. La radiographie de l'épaule gauche est par ailleurs normale, mis à part une discrète sclérose du trochiter.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est nulle dans l'activité de maçon. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées [sic], la capacité de travail est de 100% d'un point de vue purement rhumatologique. Le Dr S. _____ n'ayant pas retenu de diagnostic psychiatrique invalidant, la capacité de travail dans une activité adaptée est donc complète, également d'un point de vue psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/h la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas de travail en position prolongée de la tête penchée en avant. Pas de mouvement répétitif avec la tête et la nuque.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des 2 épaules à plus de 70°, pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 8 kg.

Membres inférieurs : pas de marche de plus d'une heure, pas de position debout de plus d'une heure, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il y a une incapacité de travail de 100% depuis juin 2005 dans l'activité de maçon.

Comment le degré d de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté stationnaire depuis juin 2005.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR Suisse Romande du 18.09.2007, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de maçon et qu'elle est complète dans une

activité adaptée. Le Dr S. _____, médecin psychiatre, n'ayant pas retenu de diagnostic invalidant du point de vue psychiatrique, mais la suspicion d'un trouble somatoforme douloureux sans répercussion sur la capacité de travail, la capacité de travail est complète dans une activité adaptée du point de vue ostéoarticulaire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE :	0%	
DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE :	100%	DEPUIS JUIN 2005"

Par rapport médical du 19 novembre 2007, les Drs P. _____ et F. _____, du SMR, ont repris les conclusions du Dr N. _____.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle le 17 décembre 2007. Dans ce contexte, il est apparu que contrairement à l'OAI, l'intéressé estimait n'être en mesure de travail qu'à 50% dans une activité légère (cf. rapport de la Division de réadaptation de l'OAI du 30 avril 2008). Cela étant, un stage d'évaluation professionnelle a été mis en œuvre à partir du 19 mai 2008 dans les ateliers de la fondation [...]. Ce stage a été prématurément interrompu le 27 mai 2008 pour raisons médicales, à la suite d'un arrêt de travail attesté par le Secteur psychiatrique [...] (cf. rapport de la Division administrative de l'OAI du 11 juillet 2008).

A teneur d'un rapport du 16 octobre 2008, les Dresses T. _____ et W. _____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante à l'Unité [...] (ci-après : l'Unité AA. _____) de [...], ont retenu le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Elles ont précisé que, depuis quinze mois, l'assuré présentait des symptômes dépressifs accrus et une irritabilité qui avaient motivé l'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique sans succès, l'évolution de la symptomatologie dépressive semblant aller vers une chronification et une aggravation au fil des années d'inactivité. Les Dresses T. _____ et W. _____ ont ajouté que le pronostic leur paraissait mitigé mais qu'il leur semblait important de mettre en œuvre des mesures de réinsertion à un taux de 50%.

Dans un rapport du 2 mars 2009, le Dr O._____, médecin interniste, a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de maladie de Forestier/hyperostose depuis juin 2004. Il a souligné que ce diagnostic avait jusqu'alors échappé à ses confrères et que le cas de l'assuré méritait par conséquent d'être réévalué. A la demande du SMR, le Dr O._____ a expliqué dans un écrit du 6 avril 2009 qu'il avait pratiqué de nouveaux examens radiologiques et que ceux-ci avaient montré au niveau cervico-dorsal des signes d'hyperostose avec la formation de ponts qui avaient évolué depuis. Il a relevé que dans les clichés antérieurs, des signes d'hyperostose avec appositions osseuse existaient déjà au niveau de la colonne vertébrale et du bassin.

Le 6 avril 2009 également, la Dresse EE._____, médecin assistante à l'Unité AA._____ de [...], a exposé que l'assuré avait été vu pour la dernière fois le 30 septembre 2008 à la consultation de la Dresse W._____.

Par avis médical SMR du 5 mai 2009, la Dresse P._____ a indiqué que les documents radiologiques évoqués par le Dr O._____ avaient été vus par le Dr N._____. Il en était résulté que le diagnostic de maladie de Forestier pouvait certes être retenu mais que cela n'amenait aucune modification du point de vue de l'exigibilité ; les limitations fonctionnelles précédemment retenues par le SMR demeuraient elles aussi valables, à cela près qu'il y avait en plus lieu d'éviter les positions prolongées de la tête en extension ainsi que les rotations rapides de la tête. Sous l'angle psychique, il était considéré que, l'assuré n'étant plus suivi depuis le 30 septembre 2008 et le Dr O._____ n'ayant rapporté aucune pathologie psychiatrique, la symptomatologie dépressive décrite dans le rapport du 16 octobre 2008 de l'Unité AA._____, bien qu'elle apparût comme réactionnelle à l'atteinte somatique, ne présentait ni une intensité ni une durée permettant de retenir une maladie psychiatrique ayant pour conséquence une réduction de longue durée de la capacité de travail. Dans ces conditions, la Dresse P._____ a conclu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport du SMR du 19 novembre 2007.

En date du 24 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Reprenant les conclusions du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr N. _____ du 22 octobre 2007 ainsi que l'avis médical SMR du 5 mai 2009, l'office a retenu que la capacité de travail exigible était entière dans une activité adaptée. Sur le plan économique, il s'est fondé sur un revenu de valide de 64'675 fr. et un revenu d'invalidé de 53'277 fr. 59 pour arrêter la perte de gain à 11'398 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 17,6% insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Par ailleurs, l'OAI a relevé qu'aucune mesure professionnelle simple et adéquate n'était susceptible de réduire de façon notable le préjudice économique subi.

Par acte du 21 août 2009 rédigé par son conseil, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a fait valoir que l'instruction méritait d'être actualisée sur le plan psychiatrique. Il a par ailleurs critiqué le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI.

Par avis médical SMR du 8 décembre 2009, les Drs P. _____ et F. _____ s'en sont tenus à l'appréciation émise jusqu'alors par ledit service.

Dans un écrit du 26 février 2010, le Dr O. _____ a reproché au SMR de ne pas avoir tenu compte de ses investigations quant à la maladie de Forestier.

Par décision du 19 mai 2010, l'OAI a confirmé son projet du 24 juin 2009. Toujours le 19 mai 2010, l'office a adressé une correspondance à l'assuré, réfutant les objections de ce dernier.

B. Le 21 juin 2010, L. _____ a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans ce contexte, le prénommé a notamment versé au dossier un rapport du 29 avril 2011 du Dr I. _____, chef de clinique adjoint à l'Unité AA. _____ de [...], dont on extrait ce qui suit :

"1.- Diagnostic :

Trouble schizo-typique (F21.).

2.- Les répercussions des problèmes de santé sur sa capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, nous sommes face à un tableau clinique complexe, probablement lié avec des éléments biographiques de traumatismes et de carences massifs pendant son enfance, notamment en lien avec une précarité économique caricaturale ayant impliqué une forme d'abus économique du patient. Ces éléments ont fragilisé massivement ce dernier sur le plan des perceptions des enjeux relationnels et concrets de la vie en général, mais plus particulièrement en ce qui concerne le monde du travail. Elle se manifeste par des perturbations formelles de la pensée (contenu envahissant, ruminations, rétrécissement, pensée peut prendre un aspect acoustique ou visuel envahissant) qui peut conduire à des phénomènes de perplexité ou de confusions. Elle perturbe également les perceptions que le patient a de lui-même, notamment sur le plan physique, où il peut fournir des explications particulières de causalité pour des phénomènes douloureux ou désagréables qu'il ressent, correspondant à des distorsions perceptives. Les capacités d'adaptation relationnelles sont également affectées de façon majeure, le regard de l'autre étant rapidement ressenti comme persécuteur, maltraitant ou rejetant, avec un caractère symbolique annihilant, surtout lorsque ce dernier vise à évaluer le patient. Dans ce type de situation, il craint de se montrer irritable, voir[e] impulsif et tente d'en prévenir les conséquences par un retrait social important.

3.- La capacité de travail résiduelle en pourcent et la précision d'éventuelles activités qui seraient encore possibles (avec indication de la capacité de travail dans une activité adaptée et description des limitations fonctionnelles à respecter)

0 % indépendamment du type d'activité.

4.- Pronostic

Il s'agit d'une affection présente très probablement depuis au moins l'adolescence, ayant perturbé de façon importante le comportement relationnel du patient tout au long de sa vie, notamment, dans le contexte du travail. L'aspect sur-adapté qui constituait la couverture défensive initiale du patient a pu être maintenu jusqu'à des événements vécus comme des rejets qui ont précipité la symptomatologie en la rigidifiant, ne permettant actuellement plus au patient d'entrer en confrontation avec une tâche concrète ou avec le regard évaluateur d'un employeur comme l'implique un emploi sur le marché du travail de l'économie libre. Il nous semble qu'une reprise d'activité serait même très difficile dans un contexte occupationnel comme l'a montré une expérience tentée aux Ateliers [...] à [...], il y a quelques années. Le patient a ainsi donné une

structure rigide à son quotidien dans lequel il peut malgré tout assumer quelques tâches, notamment le jardinage. Le tableau clinique ne bénéficie en général pas de la mise en place d'un traitement médicamenteux. Sur le plan thérapeutique, les objectifs qu'on pourrait atteindre sont également limités à une adaptation à minima à son contexte de vie actuel."

Relevant que le diagnostic « *nouveau et grave* » de trouble schizotypique posé par le Dr I._____ - sans référence aux critères de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) - n'avait jusqu'alors été mentionné dans aucun autre document au dossier, les Drs P._____ et F._____ ont considéré, par avis médical SMR du 19 mai 2011, qu'il y avait lieu de réaliser une expertise psychiatrique afin de clarifier la situation de l'assuré sur le plan psychique, position à laquelle l'OAI s'est rallié le 25 mai 2011.

Statuant le 20 juin 2011 (AI 230/10 - 306/2011), la Cour des assurances sociales a dès lors admis le recours de l'assuré, annulé la décision de l'OAI du 19 mai 2010 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique.

C. A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du cas de l'assuré.

L'office a notamment établi un questionnaire « *[e]n complément au rapport médical du 2 mars 2009* », formulaire auquel le Dr U._____, médecin assistant à [...], a répondu le 16 novembre 2011, indiquant que l'évolution clinique avait été marquée par une aggravation suivie d'une stabilisation sous antalgie d'office. Quant aux limitations fonctionnelles, le Dr U._____ a fait mention d'une incapacité « *à rester > 20-30 min assis □ [illisible]* » et d'une incapacité à porter. Il a en outre confirmé que l'assuré bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique auprès du Dr I._____. Quant à la capacité de travail, il a estimé qu'elle était nulle, renvoyant sur ce point au rapport du Dr I._____.

L'OAI a également confié un mandat d'expertise psychiatrique aux Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux R. _____). Cette expertise a été conduite par la Dresse B. _____, médecin interne au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux R. _____, sous la supervision du Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport d'expertise, établi le 18 juillet 2012, indiquait notamment ce qui suit :

"4. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)

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

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), depuis 2005
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), depuis au moins 2005

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

5. Appréciation du cas et pronostic

L'expertisé présente des douleurs physiques multiples persistant depuis plusieurs années, et dont l'intensité est partiellement expliquée, selon l'avis des médecins somaticiens consultés, par les lésions organiques objectivées par les différents examens complémentaires réalisés ; l'expertisé n'a pas été soulagé par les divers traitements antalgiques et adjuvants mis en route. Ces douleurs, qui s'accompagnent de sensations corporelles gênantes et de trouble de la mobilisation, ont abouti à un arrêt de son activité de maçon en juin 2005. L'expertisé, qui a travaillé dès son jeune âge et qui ambitionnait de ne s'arrêter qu'à la retraite, se sent fadement dévalorisé par cet arrêt de travail et ce d'autant plus que ses problèmes somatiques ne sont pas reconnus comme étant incapacitants. Il présente désormais un état douloureux chronique pour lequel il n'entrevoit aucune solution. Dans ce contexte, l'expertisé a développé une symptomatologie dépressive avec une composante anxieuse importante qui évolue de manière insidieuse avec une recrudescence des symptômes à la moindre contrariété qui ravive l'état de détresse, des sentiments de perte, d'inutilité et de dévalorisation, et de frustration insupportable, ce qui contribue de plus à aggraver les douleurs. Actuellement, l'expertisé présente plusieurs symptômes dépressifs dont la plupart sont d'intensité moyenne depuis plusieurs mois, la difficulté de l'expertisé à exprimer tout son ressenti se manifeste par une augmentation de la somatisation. Malgré l'absence d'antécédent psychiatrique connu avant l'année 2005, il n'est pas exclu que l'expertisé ait présenté des épisodes dépressifs antérieurs à cette date, durant l'enfance, à son premier poste de travail en Suisse et lors du divorce de sa fille

aînée, ceci en raison de la description qu'il fait de son vécu à ces moments (contrainte de travailler étant enfant, obligation de supporter d'être exploité par un employeur pour le bien de sa famille, état de choc psychologique lors du divorce inattendu de sa fille). Ce tableau nous amène à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel d'intensité moyenne.

Le tableau clinique que présente l'expertisé est de pronostic défavorable de par la chronicité des symptômes douloureux et des symptômes anxio-dépressifs qui évoluent par ailleurs en cercle vicieux, et de par la non réponse de ces troubles aux multiples traitements mis en place jusqu'à présent. Il s'avère peu probable que l'expertisé reprenne et assume une activité professionnelle, même en cas d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique, l'expertisé présente des limitations qui relèvent d'une expertise médicale.

Sur le plan psychique, l'expertisé présente d'importantes limitations. Le syndrome douloureux chronique qu'il présente est à l'origine d'un état de détresse quasi permanente et de préoccupations continues quant à la position antalgique possible à adopter. Il présente également une fatigabilité qui limite l'effort, une perte de la volonté et de la motivation, des troubles de la concentration, des sentiments de dévalorisation et de nullité, une perte de l'estime de soi, une anxiété importante avec ruminations et anticipation et sentiment d'être jugé par le regard d'autrui, une irritabilité et des troubles du sommeil persistants. Tous ces troubles réduisent la capacité à s'investir convenablement dans une activité et altèrent la productivité.

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

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

Les troubles ci-dessus cités réduisent la capacité de travail de l'expertisé dans l'exercice de l'activité professionnelle exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle de travail dans l'activité de maçon est nulle pour l'instant.

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

Du point de vue psychiatrique, l'activité exercée jusqu'ici n'est pas exigible pour l'instant, en raison des nombreuses limitations psychiques de l'expertisé.

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

Oui, il y a une diminution du rendement qui est nul pour l'instant.

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

Depuis juin 2005.

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

L'incapacité de travail n'a pas évolué depuis 2005.

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

L'expertisé n'est pas capable de s'adapter à son environnement professionnel antérieur.

C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

D'un point de vue psychiatrique, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables pour l'instant. En effet, l'expertisé présente une symptomatologie anxieuse et dépressive chronique et un syndrome douloureux persistant qui rendent nulle la capacité de travail dans toute activité pour l'instant.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non, la capacité de travail ne peut pas être améliorée pour l'instant.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'expertisé ?

D'un point de vue psychiatrique, aucune activité n'est exigible pour l'instant.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Il est difficile d'envisager une reprise de travail dans l'avenir et ce, quel[le] que soit l'activité, en raison du pronostic défavorable du tableau clinique que présente l'expertisé et de son âge."

A la requête du SMR, la Dresse B. _____ a fourni les précisions suivantes dans un complément d'expertise daté du 29 novembre 2012 :

"1) Nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble schizotypique évoqué par le Dr I. _____, en raison du peu d'éléments mis en évidence par notre expertise. Lors de nos entretiens, l'expertisé avait une thymie triste congruente à un discours de perte et de dévalorisation ; sa présentation générale était correcte, le contact empreint d'un espoir de reconnaissance et de validation de sa souffrance. Nous n'avons pas mis en évidence de bizarrerie dans les croyances ou le comportement de l'expertisé en dehors d'une manifestation ostentatoire de la douleur. La pensée était circonstanciée, le discours cohérent dans l'ensemble malgré une tendance à l'interprétativité du regard des autres sur son arrêt de travail. Nous n'avons pas mis en évidence d'éléments psychotiques florides tel un délire ou une hallucination, ni de phénomène de déréalisation ou de dépersonnalisation. Le changement reconnu par l'expertisé sur son caractère est l'apparition d'une irritabilité croissante et une tendance au retrait social pour fuir la confrontation aux autres. Dans l'histoire familiale de l'expertisé, des antécédents de schizophrénie fréquents en cas de trouble schizotypique ne sont pas clairement établis chez l'expertisé ; l'apathie qu'aurait présentée le père de l'expertisé pouvant rentrer dans le cadre d'une dépression mélancolique secondaire à un choc psychologique[.] La plupart des symptômes de l'expertisé se rencontrent souvent en cas de dépression, toutefois le diagnostic de trouble schizotypique ne peut être formellement exclu par notre expertise.

2) Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été retenu en raison de la présence d'une symptomatologie douloureuse persistante, qui s'accompagne d'un état de détresse manifeste, le tout évoluant dans un contexte de conflictualité interne entre l'idéal du moi qui prône de travailler jusqu'à la retraite et la réalité actuelle du moi en proie à des douleurs motivant l'arrêt de travail et la demande d'une reconnaissance du statu[t] de malade ; et qui est partiellement expliquée par les lésions ostéo-articulaires objectivées selon l'avis des différents spécialistes rhumatologues et chirurgiens orthopédistes consultés.

3) L'épisode de dépression moyen mentionné ne peut être justement daté dans le temps, ceci en raison des difficultés de l'expertisé à exprimer les choses de façon chronologique. Toutefois, la recrudescence des douleurs depuis février 2012[...] nous permet[t] de retenir cette date pour l'épisode actuel.

4) L'incapacité de travail totale dans toute activité pour raisons psychiatriques se justifie depuis juin 2005, en raison du développement de symptômes de somatisation à côté des problèmes organiques. Avant l'arrêt de travail en juin 2005, l'expertisé présentait déjà une symptomatologie douloureuse évolutive depuis plusieurs années, qui n'a pu être justifiée par la seule atteinte organique, corroborant ainsi l'hypothèse d'une somatisation surajoutée, ce qui a par la suite été mis en évidence [...] lors du séjour hospitalier de l'expertisé en janvier 2006, et confirmé ensuite par le Dr S. _____ lors de l'expertise psychiatrique de mai 2006.

5) L'expertisé prend actuellement un traitement médicamenteux [...]. [...]

6) [...] avec un suivi psychiatrique régulier et rapproché, et un traitement antidépresseur bien conduit, l'on pourrait s'attendre à une amélioration de l'état de santé de l'expertisé, respectivement à une amélioration de la capacité de travail néanmoins en raison de la persistance des symptômes malgré les traitements antérieurs et de l'âge de l'expertisé, nous émettons des réserves quant à une telle évolution."

Aux termes d'un avis médical SMR du 15 janvier 2013, la Dresse P._____ s'est positionnée comme suit quant aux conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée aux Hôpitaux R._____ :

"[...] les experts ayant écarté un trouble schizotypique, nouveau diagnostic à l'origine de cette expertise, nous en revenons à la situation antérieure, que les experts des Hôpitaux R._____ apprécient de manière différente. L'assuré souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2005. Dans ce contexte d'état douloureux chronique, l'assuré a développé une symptomatologie dépressive avec une composante anxieuse, comme en témoignent les experts en page 10 de l'expertise du 18.07.2012. Par conséquent, il s'agit d'une symptomatologie dépressive réactionnelle au syndrome douloureux. Cette pathologie dépressive n'était pas présente antérieurement, aucun antécédent psychiatrique n'étant relevé par les experts avant 2006 (voir page 6 de l'expertise). On ne saurait dès lors retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique grave. Par ailleurs, l'on ne saurait non plus retenir le cumul des autres critères de gravité selon la jurisprudence. L'expertise ne relève notamment pas de perte d'intégration sociale de l'assuré dans toutes les manifestations de la vie ; de plus, l'état psychique n'apparaît pas cristallisé, puisque les experts estiment que l'on peut s'attendre à une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré avec un suivi psychiatrique régulier et rapproché et un traitement anti-dépresseur bien conduit (voir RM du 29.11.2012).

Par conséquent, au vu de ce qui précède, l'on ne peut suivre l'appréciation de la CT faite par les experts des Hôpitaux R._____, à savoir que l'assuré présente une IT totale depuis juin 2005 dans toute activité pour motifs psychiatriques. Dès lors, les conclusions du rapport d'examen SMR du 19.11.2007 sont toujours valables en tenant compte des limitations fonctionnelles supplémentaires d'ordre somatique décrites dans l'avis médical SMR du 05.05.2009."

En date du 2 mai 2013, l'OAI a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Il a retenu que le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué par les experts des Hôpitaux R._____ ne revêtait pas de caractère incapacitant dès lors qu'il ne s'inscrivait pas dans un processus maladif ou d'affections chroniques durables, n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave et

n'était pas accompagné d'un état psychique cristallisé ni d'une perte de l'intégration sociale. L'office a dès lors considéré qu'à l'échéance du délai d'attente légale d'une année, soit le 1^{er} juin 2006, l'assuré n'était plus en mesure de travailler dans son activité habituelle de maçon mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Comparant le revenu sans atteinte à la santé de 64'675 fr. au revenu d'invalidé de 53'277 fr. 60 réalisable dans une activité adaptée (par exemple : ouvrier dans l'horlogerie au contrôle qualité, ouvrier dans l'industrie alimentaire, ouvrier de production en micro-industrie, ouvrier de conditionnement), l'OAI a dégagé une perte de gain de 11'398 fr. équivalant à un taux d'invalidité de 18% n'ouvrant pas le droit à la rente ; pour le surplus, il restait loisible à l'assuré de requérir une aide au placement.

L'assuré a fait part de ses objections dans un écrit du 12 juin 2013, rédigé par son conseil. Il s'est en particulier prévalu d'un rapport du 10 juin 2013 des Drs H._____, médecin adjoint à l'Unité AA._____ de [...], et I._____. Il a par ailleurs relevé que les résultats d'examens neuropsychologiques et de tests projectifs étaient attendus. Il a de surcroît contesté le calcul du taux d'invalidité et a critiqué l'absence de mise en œuvre de mesures professionnelles.

Dans leur rapport précité du 10 juin 2013, les Drs H._____ et I._____ ont exposé qu'après un dépistage plus systématique des symptômes psychotiques de base, leur évaluation mettait en évidence de nombreuses perturbations du vécu intra-psychique qui correspondaient en partie aux critères d'un trouble schizotypique, mais qui s'inscrivaient dans un contexte général dépourvu d'autres éléments typiquement schizophréniques. En revanche, leur évaluation confirmait un envahissement très significatif du champ de conscience par des éléments perturbateurs qui le désorganisaient, rendant discontinu le vécu du temps et de l'espace et limitant ainsi fortement la possibilité d'une représentation et d'une intégration structurée des enjeux de l'ici et maintenant. Ils ont estimé que leur évaluation permettait ainsi de clarifier des phénomènes dissociatifs (discontinuité du vécu intra-psychique)

présents possiblement depuis au moins l'adolescence avec des aspects typiques de dissociation post-traumatique. Ces éléments prédisposaient le patient à de nombreux cercles vicieux cognitifs d'une part et comportementaux d'autre part. A ces dysfonctions perceptives et cognitives s'ajoutaient de nombreux phénomènes méta-cognitifs. Cela étant, les Drs H. _____ et I. _____ ont retenu le diagnostic de trouble mnésique, attentionnel, exécutif, perceptif, affectif, relationnel et comportemental, post-traumatique chronique (état de stress post-traumatique chronique : F62.0). Ils ont précisé que le vécu traumatique le plus probablement impliqué comme déclencheur de l'instabilité secondaire de l'aménagement dissociatif paraissait être celui d'accidents subis par l'assuré d'une part et celui de l'exposition à des situation de danger vital dans l'exercice excessif et non protecteur de son activité professionnelle d'autre part. Les Drs H. _____ et I. _____ ont ajouté que l'incapacité de gain était complète depuis environ 2006 et que les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles mnésiques en cours d'investigation, une dysfonction exécutive se manifestant dans la vie par la « *perte de fil* » d'actions mêmes simples, des troubles attentionnels avec des moments de perte de contact, une dysrégulation affective caractérisée essentiellement par une incapacité à contenir des émotions post-traumatiques, ainsi qu'un trouble du comportement marqué par des actes adaptatifs post-traumatiques inadaptés aux exigences de la vie quotidienne. Selon ces médecins, tous ces éléments paraissaient incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelles. Ils ont ajouté que les limitations décrites pouvaient certes s'inscrire dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble de l'humeur (correspondant au mieux à une dysthymie), mais que ces deux diagnostics ne recouvraient toutefois pas l'ensemble des éléments-clé du tableau clinique et ne permettaient pas de comprendre ce qui les liait entre eux. Enfin, d'après les Drs H. _____ et I. _____, il n'y avait pas de mesure thérapeutique dont on pourrait affirmer catégoriquement qu'elle aurait un effet bénéfique sur la situation.

Le 16 septembre 2013, l'assuré a versé en cause un rapport non daté consécutif à un examen psychologique réalisé les 26 juillet et 8

août 2013 par le Dr I._____ avec la collaboration d'Y._____, psychologue associée à l'Unité AA._____ de [...]. Il en résulte notamment ce qui suit :

"Aux tests projectifs (Rorschach, TAT), la production de Monsieur L._____ est plutôt restreinte, probable expression d'un mélange de méfiance et de perplexité. [...] On relève une absence de conscience interprétative, la distance au matériel ne pouvant être maintenue [...].

[...] Il peut également réagir sur un mode plus caractériel et infantile en critiquant, par exemple, le test. On relève l'expression d'inquiétudes sous-jacentes liées à la perle d'intégrité corporelle, avec également quelques craintes occasionnelles d'agression qui restent contenues,

[...]

Monsieur L._____ n'étant pas de langue maternelle française, nous ne lui avons proposé que les épreuves de performance de l'échelle d'intelligence (WAIS-III). Lors de la passation de ces différentes épreuves, le patient se montre collaborant et appliqué. Il est cependant rapidement déstabilisé lorsqu'il doit faire face à une difficulté ou à un échec : il tourne le matériel dans tous les sens, devient agité sur le plan moteur et se met à trembler. Il a alors besoin de réassurances et d'encouragements pour se concentrer à nouveau et continuer l'épreuve.

Il met constamment en doute ses compétences et se dévalorise [...], tout en recherchant l'étayage [...].

Au niveau quantitatif, Monsieur L._____ obtient un QI performance de 68, ce qui évoque un niveau intellectuel plutôt limité, avec un profil de notes dysharmoniques. L'indice de vitesse de traitement de l'information (=64) est largement inférieur à l'autre indice calculé (IOP=80) et évoque un certain ralentissement, probablement lié à son besoin de revérifier ses productions. A noter que, à certains tests, ses longues réflexions et ses vérifications le pénalisent : il donne en effet plusieurs réponses correctes après le temps imparti. Lors de l'entretien, il nous apprend également qu'il passe un certain laps de temps, à son domicile, à contrôler le montant des factures qu'il doit payer, à vérifier qu'il a bien fermé les portes, etc.

En conclusion, je dirais que Monsieur L._____ présente un soubassement psychotique de la personnalité, avec une couverture défensive peu élaborée et constituée principalement d'éléments paranoïaques et caractériels-infantiles. Rapidement déstabilisé lorsqu'il est confronté à une difficulté, ce monsieur, qui a été par ailleurs peu scolarisé et qui est sans formation, peine par moments à mobiliser ses ressources intellectuelles qui restent limitées, avec un profil de compétences qui est dysharmonique. Ce monsieur peut cependant bénéficier de l'étayage relationnel pour se recentrer et pour contenir un peu mieux ses angoisses."

Par avis médical du 3 octobre 2013, la Dresse P._____ et le Dr J._____, du SMR, ont retenu que les pièces produites par l'assuré

n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux et objectifs susceptibles de modifier les conclusions formulées dans l'avis du 15 janvier 2013. En effet, après avoir tout d'abord signalé un trouble schizotypique en 2011, les psychiatres traitants avançaient désormais un nouveau diagnostic, à savoir un état de stress post-traumatique chronique dont on peinait à identifier le facteur de stress initial, catastrophique ou excessif et prolongé susceptible d'être à l'origine d'une telle pathologie. A cela s'ajoutait que, selon la jurisprudence, l'analyse effectuée dans l'avis SMR du 15 janvier 2013 s'agissant du trouble somatoforme douloureux était transposable au nouveau diagnostic d'état de stress post-traumatique, lequel ne pouvait ainsi être considéré comme incapacitant. Sous un autre angle, les psychiatres traitants confirmaient la présence d'un trouble de l'humeur de peu d'intensité, soit une dysthymie. Quant aux troubles cognitifs qu'ils décrivaient, ceux-ci n'avaient pas été observés par les experts des Hôpitaux R._____.

Par décision du 11 novembre 2013, l'OAI a confirmé le refus de rente signifié dans son projet du 2 mai précédent, tout en ajoutant que le taux d'invalidité de l'assuré n'ouvrait pas non plus le droit à un reclassement professionnel. Aux termes d'une lettre explicative du même jour, l'office a renvoyé, sur le plan médical, aux conclusions de l'avis du SMR du 3 octobre 2013. Il a par ailleurs maintenu son calcul du taux d'invalidité et a exposé qu'au vu des circonstances du cas particulier (scolarité limitée, absence de formation professionnelle, ressources intellectuelles restreintes et faiblesse du niveau de français), l'intéressé ne serait pas en mesure de suivre une formation qualifiante permettant de réduire le préjudice économique par rapport aux gains réalisables dans une activité non qualifiée.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, L._____ a recouru le 9 décembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2006, si nécessaire après une expertise judiciaire pluridisciplinaire, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction

complémentaire et nouvelle décision. En substance, le recourant reproche à l'intimé d'avoir fondé sa position sur l'avis du SMR, au détriment des conclusions des experts des Hôpitaux R._____ ainsi que de l'appréciation des Drs H._____ et I._____ faisant état de limitations fonctionnelles psychiatriques et neuropsychiatriques incompatibles avec l'exercice d'une activité lucrative dans l'économie libre. Concernant plus particulièrement l'expertise des Hôpitaux R._____, l'assuré souligne qu'une lecture attentive du rapport y relatif montre que les diagnostics de trouble somatoforme et de trouble dépressif moyen doivent être distingués ; en outre, il ajoute que le diagnostic de trouble somatoforme n'emporte pas la conviction en présence d'une atteinte ostéoarticulaire objectivable. Cela dit, pour le cas où les pièces du dossier ne permettraient pas de statuer en l'état, l'intéressé estime qu'il y aurait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire destinée à confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble somatoforme (« *totalemment remis en question de par la présence supposée d'un trouble de somatisation aux côtés d'une atteinte ostéoarticulaire objectivée* »), celui d'état post-traumatique retenu par les médecins traitants et celui de trouble dépressif distinct, le cas échéant, du trouble somatoforme. Finalement, dans l'hypothèse où une capacité résiduelle de travail devrait lui être reconnue, il maintient ses griefs concernant le calcul du taux d'invalidité et la mise en œuvre de mesures professionnelles.

A l'appui de ses dires, le recourant a produit un rapport du 27 novembre 2013 des Drs H._____ et I._____, exposant ce qui suit :

"[...] nous avons repris avec Mme Y._____, psychologue, les éléments principaux de nos évaluations respectives et avons relevé à quel point nous avons été tous les deux frappés par la fluctuation des difficultés de notre patient en fonction du contexte relationnel. Le patient peut, selon les circonstances, se montrer relativement compétent (les limites étant posées par l'instruction rudimentaire et possiblement une certaine tendance à la simplification) et dans d'autres circonstances relationnelles se montrer agité, désorganisé, fortement limité en terme de concentration et de mémoire de fixation. Cet élément nous a fait renoncer dans un premier temps à une évaluation neuropsychiatrique standardisée dont la validité sera dès lors relative concernant l'appréciation *directe* de limitations fonctionnelles dans un contexte relationnel très spécifique. La discussion récente avec la psychologue qui pratique ces examens dans notre secteur nous incite actuellement de procéder à une telle

évaluation (un premier entretien est prévu le 16.12) dont elle estime que les résultats peuvent être utiles pour l'évaluation de la capacité de travail, ne serait-ce [que] de façon *indirecte*. Il s'agit en effet dans la confrontation aux résultats de tenir compte du fait que le « monde du travail » présente un environnement relationnel particulièrement fragilisant pour notre patient.

Il est évident que ledit « monde du travail » ne constitue aucunement un champ d'expérience relationnelle homogène, celle-ci étant déterminée par les rencontres avec chaque personne et l'évolution de ces rencontres dans le temps. La difficulté pour notre patient (l'impasse dont découle la désorganisation de son fonctionnement et dès lors ses limitations fonctionnelles) est précisément qu'il identifie de façon rigide le travail et tout ce que lui-même met en relation avec ce dernier comme un lieu de possible survie mais dès lors aussi de possible annihilation ce qui déclenche en lui des réactions d'excessive méfiance et d'hyper-vigilance à caractère désorganisant. C[e sont] ces éléments qui rendent parfois le diagnostic différentiel entre trouble schizophrénique et post-traumatique peu aisé.

Les éléments traumatiques qui se trouvent le plus probablement à la base de cette symptomatologie ont marqué la petite enfance du patient (combinée éventuellement à une composante transgénérationnelle). Ceci expliquerait le caractère peu accessible à l'analyse rationnelle, ce qui rend la position de la jurisprudence face à ces tableaux cliniques parfois particulièrement délicate et la rend susceptible de mener à une aggravation de la symptomatologie.

Nous restons dès lors, comme du reste les experts d[es] Hôpitaux R._____, convaincus de l'incapacité de travail complète et durable de notre patient [...]."

Par réponse du 12 février 2014, l'OAI reprend un avis médical SMR des Drs P._____ et J._____ du 4 février précédent, préconisant d'attendre les résultats de l'évaluation neuropsychiatrique annoncée dans le rapport du 27 novembre 2013.

Aux termes de sa réplique du 10 mars 2014, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions. Il joint à son écriture un rapport du 4 mars 2014 des Drs H._____ et I._____, indiquant ce qui suit :

"Mme OO._____ a procédé à l'évaluation neuro-psychologique de notre patient susmentionné en date du 16 décembre 2013 et 29 janvier 2014. Elle nous fournit les éléments d'évaluation suivants :

[...]

Conclusion : le bilan neuropsychologique réalisé montre des difficultés dans le domaine du langage qui sont pour partie attribuables à la scolarité limitée de M. L. _____ et au fait que sa langue maternelle n'est pas le français.

Les praxies et les gnosies sont grossièrement dans les normes

Les épreuves mnésiques montrent un fléchissement des aptitudes, de modéré à sévère suivant les épreuves, les indices fournis permettant une discrète amélioration.

Les épreuves exécutives montrent des résultats fluctuants, avec la présence d'une tendance à la persévération, une difficulté à inhiber le geste spontané, un test de lecture en conflit sévèrement déficitaire.

Les difficultés relevées sont susceptibles de représenter une gêne au quotidien, mais il est difficile de les interpréter en raison de l'intrication entre l'existence de probables troubles de la pensée, de performances cognitives limitées (scolarité de 4 ans) et d'un fléchissement cognitif proprement dit qui pourrait être lié à la consommation d'alcool.

Un bilan de contrôle pourrait apporter sans doute des éclaircissements, toutefois il faut souligner que les performances de M. L. _____ sont clairement corrélées à son état psychique et émotionnel du moment, qu'il peut se bloquer devant une tâche qui le met [...] face à ses limitations, exprimant un sentiment de honte, de préjudice subi quant au fait de ne pas avoir eu la chance de bénéficier d'une éducation et d'une formation "comme tout le monde". Ces soudaines inhibitions peuvent rendre très difficile la comparaison de résultats terme à terme.

Cet examen confirme donc les aspects suivants du tableau clinique de notre patient :

- Les ressources sont limitées en termes d'acquisition de moyens intellectuels en lien avec la précarité extrême de son parcours d'enfance et d'adolescence.
- Les épreuves mnésiques confirment des déficits de caractère modéré à sévère, variable selon les épreuves.
- Une tendance à la persévération, illustrant une flexibilité mentale limitée est considérée du point de vue neuropsychologique comme un signe de dysfonction corticale frontale. Nous sommes frappés par le fait que notre patient décrit une tendance à l'acharnement concret sur une tâche confiée ayant souvent contribué dans son parcours de vie professionnelle à le placer en situation de non respect de ses limites voir de prise de risque significative à caractère de menace vitale ou non. On peut s'interroger sur la question d'une pathogenèse commune entre ces phénomènes ou du moins celle d'une amplification réciproque en cercle vicieux. Il est important de signaler que des travaux de recherche récents décrivent des modifications structurelles et fonctionnelles cérébrales induites par la soumission prolongée à des impacts traumatiques pendant la période de développement qui affectent le cortex préfrontal et pourrait avoir des répercussions significatives sur le développement

des capacités d'adaptation à l'environnement concret et relationnel.

- La difficulté à inhiber le geste spontané qui perturbe les épreuves exécutives est un phénomène souvent observé dans les évolutions post-traumatiques associé à une hypervigilance et une tendance à l'impulsivité. Ces éléments déstructurent et rendent dysfonctionnelle l'adaptation du sujet à l'environnement, situation bien décrite par notre patient.
- Le caractère très fluctuant des performances en lien avec l'état émotionnel du moment, le patient pouvant être envahi par des états émotionnels « post-traumatiques » (honte, tort subis) suffisamment intenses pour inhiber subitement de façon très significative sa capacité à porter l'attention sur la tâche à effectuer, indépendamment de sa nature.
- Si l'extrapolation théorique des limitations qu'impliquent les déficits ainsi documentés est décrite à juste titre comme difficile, ces derniers nous semblent néanmoins clairement de nature et d'intensité compatible avec les difficultés décrites par le patient lui-même.

Ces éléments nous confirment dans les conclusions de notre évaluation quant au caractère invalidant du tableau clinique marqué fortement par des éléments phénoménologiques typiques du registre « post-traumatique », soit la discontinuité mnésique et exécutive, les déficits d'inhibitions du geste spontané et de la persévération et le positionnement relationnel de victime ou victime potentielle. L'intensité de ces symptômes ne nous paraît pas à l'heure actuelle compatible avec une activité professionnelle en milieu d'économie libre."

Dans sa duplique du 3 avril 2014, l'OAI, se référant à un avis SMR du 27 mars précédent, observe que l'on ne connaît ni l'origine ni l'influence sur la capacité de travail des troubles cognitifs mis en exergue. A cela s'ajoute que les troubles cognitifs en question ne permettent très certainement pas d'expliquer l'incapacité de travail du recourant depuis 2005 : en effet, cette problématique n'apparaissait pas en 2012, ou en tout cas pas de façon suffisamment importante pour justifier des investigations. L'intimé estime par conséquent que ces difficultés, mises en évidence en 2014 seulement, sont apparues récemment et que l'invalidité qui pourrait hypothétiquement en résulter serait très certainement postérieure à la date de la décision querellée.

L'avis médical établi le 27 mars 2014 par la Dresse P. _____
et le Dr M. _____, du SMR, a notamment la teneur suivante :

"[...]

Ce bilan neuropsychologique a été discuté avec un psychiatre du SMR. Il met en effet en évidence des troubles cognitifs. Ceux-ci n'apparaissent pas suffisamment graves pour justifier une IT totale dans toute activité, mais pas suffisamment légers non plus pour ignorer une possible pathologie cérébrale (démence, séquelles d'une consommation d'alcool comme notée par la neuropsychologue ?). Ce bilan devrait être complété par des investigations complémentaires à la recherche d'une pathologie à l'origine de ces troubles cognitifs. A mon sens, il appartient aux médecins traitants de l'assuré de poursuivre de telles investigations.

Au final, ce rapport médi[c]al ne nous apporte pas d'élément en faveur d'une aggravation sur le plan psychiatrique, mais il met en évidence des troubles cognitifs actuellement inexplicables. Ce bilan ne nous permet toutefois pas de se prononcer sur la CT de l'assuré que ce soit dans son activité antérieure de maçon ou dans une activité adaptée. Seule une expertise neuropsychologique permettrait d'apprécier l'influence des troubles cognitifs constatés sur la CT de l'assuré."

Par acte du 29 avril 2014, le recourant maintient sa position, faisant en particulier valoir que ses troubles cognitifs étaient manifestement déjà apparus avant la décision querellée, respectivement ne sont pas d'apparition récente.

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 (cf. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. 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 et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

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

3. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. ATF 129 V 1 consid. 1.2).

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives aux 5^e et 6^e révisions de cette législation, entrées en vigueur

respectivement les 1^{er} janvier 2008 et 1^{er} janvier 2012, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 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 (cf. art. 6 LPGA in fine).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (cf. art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la

santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux : ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4).

b) 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).

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).

6. Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 19 mai 2010 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 20 juin 2011, avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique.

Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 11 décembre 2013, objet de la présente contestation. A l'appui de cette décision, l'office a retenu que l'assuré présentait certes un trouble somatoforme douloureux persistant, que celui-ci n'avait toutefois aucun caractère invalidant et que l'intéressé conservait en définitive une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. C'est sur cette base que l'intimé a nié au recourant tant le droit à une rente qu'à un reclassement professionnel – ce que l'intéressé conteste.

a) Sur le plan psychique, il ressort du dossier que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été évoqué pour la première fois par le Dr YY._____, le 28 février 2006. Le 4 mai suivant, l'expert psychiatre S._____ a quant à lui retenu une suspicion de trouble somatoforme douloureux à titre d'atteinte incapacitante, mais a précisé que l'impact sur la capacité de travail n'était pas significatif d'autant qu'il n'y avait pas de trouble psychique proprement dit. Ultérieurement, le 16 octobre 2008, les Dresses T._____ et W._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique à titre d'atteinte se répercutant sur la capacité de travail, précisant que les symptômes dépressifs et l'irritabilité s'étaient accrus depuis quinze mois ; elles ont en outre préconisé

l'introduction de mesures de réinsertion à 50%. Le 29 avril 2011, le Dr I. _____ a signalé l'existence d'un trouble schizotypique à l'origine d'une entière incapacité de travail dans toute activité. C'est dans le but de clarifier ces indications divergentes que la cause a été retournée à l'OAI par arrêt cantonal du 20 juin 2011, aux fins de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

Sur la base du mandat d'expertise confié aux Hôpitaux R. _____, la Dresse B. _____ - sous la supervision du Dr Z. _____ - a rendu son rapport en date du 18 juillet 2012. Elle a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2005, ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis au moins 2005. En particulier, elle a exposé que l'assuré présentait des douleurs physiques multiples persistant depuis plusieurs années et dont l'intensité était partiellement expliquée - selon les médecins somaticiens consultés - par les lésions organiques objectivées. Dans ce contexte s'était développée une symptomatologie dépressive avec une composante anxieuse importante, la plupart des symptômes dépressifs étant d'intensité moyenne depuis plusieurs mois ; malgré l'absence d'antécédent psychiatrique connu avant l'année 2005, il n'était du reste pas exclu que l'assuré ait présenté des épisodes dépressifs antérieurs à cette date. Cela étant, la Dresse B. _____ a estimé que la capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle de maçon que dans une activité adaptée (cf. rapport d'expertise du 18 juillet 2012 p. 10 à 13). Dans un complément d'expertise du 29 novembre 2012, elle a notamment précisé que le diagnostic de trouble schizotypique ne pouvait être formellement exclu (cf. complément d'expertise du 29 novembre 2012 p. 2).

Le 10 juin 2013, les Drs H. _____ et I. _____, médecins traitants du recourant, ont pour leur part considéré qu'il y avait finalement lieu d'écartier le diagnostic de trouble schizotypique au profit d'un diagnostic de trouble mnésique, attentionnel, exécutif, perceptif, affectif, relationnel et comportemental, post-traumatique chronique (état de stress post-traumatique chronique) ; quant aux diagnostics de syndrome

douloureux somatoforme persistant et de trouble de l'humeur (au mieux une dysthymie), ils ne recouvraient pas l'ensemble des éléments-clé du tableau clinique et ne permettaient pas de comprendre ce qui les liait entre eux. Cela étant, les Drs H. _____ et I. _____ ont estimé que les troubles constatés paraissaient incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. Les 26 juillet et 8 août 2013, l'assuré a par ailleurs fait l'objet d'un examen psychologique dont les résultats, résumés dans un rapport (non daté) du Dr I. _____, révélaient un soubassement psychotique de la personnalité avec une couverture défensive peu élaborée ainsi que des ressources intellectuelles limitées avec un profil de compétences dysharmonique. Le 27 novembre 2013, les médecins traitants ont confirmé que des éléments traumatiques se trouvaient à la base de la symptomatologie et que l'incapacité de travail était complète et durable. Enfin, le 4 mars 2014, ils ont repris les conclusions d'une évaluation neuropsychologique ayant montré des ressources limitées en termes d'acquisition de moyens intellectuels, des déficits de caractère modérés à sévères, une tendance à la persévération, une difficulté à inhiber le geste spontané et des résultats fluctuants en fonction des émotions. Les Drs H. _____ et I. _____ ont estimé que ces éléments corroboraient leur évaluation quant au caractère invalidant du tableau clinique, marqué fortement par des éléments phénoménologiques typiques du registre post-traumatique, et ont confirmé que l'intensité des symptômes n'était pour l'heure pas compatible avec la reprise d'une activité professionnelle dans l'économie libre.

Le SMR s'est quant à lui écarté de l'appréciation des Hôpitaux R. _____, estimant que l'on ne pouvait retenir de comorbidité psychiatrique grave puisque la symptomatologie dépressive s'était développée dans le contexte de l'état douloureux chronique et n'était pas présente antérieurement, aucun antécédent n'ayant été relevé par l'expertise avant 2006. A cela s'ajoutait que les critères de gravités posés par la jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux n'étaient pas remplis, l'expertise n'ayant pas révélé de perte d'intégration sociale ou de cristallisation de l'état psychique (cf. avis SMR du 15 janvier 2013). Le SMR a également rejeté l'approche des médecins traitants,

considérant que l'on peinait à identifier un quelconque facteur ayant pu engendrer un état de stress post-traumatique et qu'au surplus, un tel diagnostic devant être examiné selon les mêmes principes qu'un trouble somatoforme douloureux, il ne pourrait dès lors se voir reconnaître de valeur incapacitante. Au reste, les médecins traitants confirmaient la présence d'un trouble de l'humeur de peu d'intensité (dysthymie) et évoquaient des troubles cognitifs n'ayant pas été observés lors de l'expertise des Hôpitaux R. _____ (cf. avis SMR du 3 octobre 2013). Enfin, ayant pris l'avis de l'un de ses psychiatres, le SMR a retenu que les troubles cognitifs révélés suite au bilan neuropsychologique effectué par l'assuré n'étaient pas suffisamment graves pour justifier une incapacité de travail, qu'ils ne permettaient pas pour autant d'exclure une pathologie cérébrale et que seule une expertise neuropsychologique permettrait d'apprécier l'influence des troubles cognitifs constatés sur la capacité de travail de l'assuré (cf. avis SMR du 27 mars 2014).

aa) Il découle de ce qui précède que les avis médicaux récoltés consécutivement à l'arrêt cantonal de renvoi du 20 juin 2011 sont loin d'avoir éclairci la situation sous l'angle strictement psychiatrique. Au contraire, des divergences persistent tant sur la nature des diagnostics posés que sur leur nature invalidante ou non. En l'état, il n'est toutefois pas possible de trancher entre ces différentes appréciations.

En ce qui concerne l'expertise psychiatrique des Hôpitaux R. _____, on relèvera tout d'abord que, sur la forme, le rapport du 18 juillet 2012 (p. 13) mentionne que la Dresse B. _____, « *Médecin interne au Dépt de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux R. _____* », a procédé en tant qu'experte sous la supervision du Dr Z. _____ ; quant au complément d'expertise du 29 novembre 2012 (p. 2), il est signé du seul nom de la Dresse B. _____. Or, selon les informations à disposition de la Cour de céans, la Dresse B. _____ n'est titulaire d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine reconnu que depuis 2014 et ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie (cf. registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique [OFSP], consultable sur internet à l'adresse <http://www.medregom.admin.ch/FR>). Attendu que la

mise en œuvre d'une expertise médicale vise justement à obtenir d'un spécialiste en sciences médicales qu'il se prononce à l'aune de ses connaissances spécifiques dans un domaine précis, on peut sérieusement s'interroger sur le point de savoir si, en 2012, la Dresse B._____ pouvait diligenter une expertise psychiatrique même sous la supervision du Dr Z._____. Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer ouverte dans la mesure où, sur le fond, l'expertise en question prête le flanc à la critique. Ainsi, la Dresse B._____ a admis l'existence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant sans s'être à aucun moment déterminée clairement sur les différents critères dégagés à cet égard par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 4b supra) – se limitant à souligner l'échec des traitements entrepris (cf. rapport d'expertise du 18 juillet 2012 p. 11). Si elle a fait mention d'une seconde atteinte invalidante consistant en un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne lors de l'expertise, il reste que selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, en présence de troubles somatoformes douloureux persistants, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des ces troubles, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (cf. ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine), comme par exemple en cas d'état dépressif majeur (cf. TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010 consid. 2). Or, en l'espèce, la Dresse B._____ n'a fourni aucune explication permettant de comprendre en quoi le trouble dépressif signalé était susceptible de présenter un degré de gravité suffisant au sens de la jurisprudence susdite ; du reste, elle s'est prononcée de manière équivoque sur l'origine de cette atteinte, relevant d'une part que la symptomatologie dépressive s'était développée dans le contexte du trouble douloureux (cf. rapport d'expertise du 18 juillet 2012 p. 10), mais indiquant d'autre part que l'on ne pouvait exclure des épisodes dépressifs antérieurs à 2005 (cf. *ibid.*, loc. cit.). A cela s'ajoute encore que la Dresse B._____ est loin de s'être montrée catégorique quant aux diagnostics retenus, puisqu'elle a concédé ne pas pouvoir formellement exclure un trouble schizotypique sur la base de son expertise. Il suit de là qu'en définitive, les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée aux

Hôpitaux R._____ ne permettent pas de prendre position quant aux atteintes affectant l'état de santé du recourant, ni – à plus forte raison – de se déterminer quant à la capacité de travail de ce dernier.

S'agissant des médecins traitants de l'assuré, ils sont demeurés constants dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, considérée comme nulle, mais se sont en revanche montrés moins catégoriques quant au diagnostic retenu. Ainsi, ils se sont initialement prononcés dans le sens d'un trouble schizotypique (cf. rapport du Dr I._____ du 29 avril 2011) avant de retenir le diagnostic de trouble mnésique, attentionnel, exécutif, perceptif, affectif, relationnel et comportemental post-traumatique chronique qu'ils ont mis en lien avec un état de stress post-traumatique chronique (cf. rapport des Drs H._____ et I._____ du 10 juin 2013) – se référant à cet égard au seul code de la CIM-10 envisageable selon eux pour une telle situation (F62.0), tout en précisant que ce code se rapportait toutefois formellement aux modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe, dont la description n'était pas compatible avec le tableau clinique du patient (cf. rapport précité du 10 juin 2013 p. 5). Ils ont ensuite adopté une position plus évasive en soulignant que des éléments traumatiques étaient à l'origine de la symptomatologie de l'assuré (cf. rapport des Drs H._____ et I._____ du 27 novembre 2013) puis en concluant à un tableau clinique marqué fortement par des éléments phénoménologiques typiques du registre post-traumatique (cf. rapport du 4 mars 2014). Au final, si les médecins traitants admettent l'existence d'une composante post-traumatique, ils échouent en revanche à poser durablement un diagnostic concret sur la symptomatologie décrite par l'assuré ; or, on peine à comprendre comment le seul fait d'avoir isolé des éléments du registre post-traumatique, sans parvenir à s'accorder sur un diagnostic formel, pourrait suffire pour procéder à une évaluation sérieuse de la capacité de travail. Il suit de là que l'appréciation des médecins traitants, trop approximative, peine à convaincre. A cela s'ajoute que les Drs H._____ et I._____ ont insuffisamment motivé leur position en s'abstenant d'indiquer explicitement les éléments du tableau clinique qui, selon eux, n'étaient pas recouverts par un trouble somatoforme

douloureux et un trouble de l'humeur (cf. rapport du 10 juin 2013 p. 7). Au final, l'appréciation des médecins traitants reste lacunaire et ne permet donc pas de faire la lumière sur les troubles affectant la santé psychique du recourant ni de se prononcer sur leur éventuel caractère incapacitant.

A la lumière de ce qui précède, on ne peut certes pas reprocher au SMR de n'avoir suivi, en l'état, ni l'expertise des Hôpitaux R._____, ni l'appréciation des médecins traitants du recourant. Pour autant, la position défendue par ce service n'emporte pas non plus la conviction, en tant qu'elle se limite à faire abstraction des lacunes du dossier telles que constatées ci-dessus pour réfuter l'existence de toute atteinte psychiatrique susceptible de se répercuter sur la capacité de travail. Le SMR ne pouvait en particulier nier la réalisation des critères jurisprudentiels concernant le caractère incapacitant d'un trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 4b supra) sur la base de l'expertise des Hôpitaux R._____ (cf. avis SMR du 15 janvier 2013), alors même que cette expertise est précisément dépourvue d'analyse médicale sur le sujet, ainsi qu'exposé plus haut. De surcroît, c'est sur la base d'une argumentation des plus sommaires que ce service a battu en brèche l'appréciation des médecins traitants du recourant - sans aucune discussion au fond concernant les facteurs post-traumatiques mis en exergue par les Drs H._____ et I._____ sur la base d'un vécu traumatique lié d'une part à des accidents subis et d'autre part à l'exposition à des situations de danger vital dans le cadre professionnel (cf. rapport des médecins traitants du 10 juin 2013 p. 4), le SMR s'étant laconiquement contenté de relever que l'on « *pein[ait] à identifier le facteur de stress initial, catastrophique ou excessif et prolongé à l'origine de cette pathologie chez l'assuré* » (cf. avis SMR du 3 octobre 2013 p. 2). Cela étant, au vu des divergences et des lacunes émaillant les évaluations psychiatriques au dossier, le SMR ne pouvait prendre position sur le sujet sans que plus amples mesures d'investigation ne soient préalablement mises en œuvre.

Il résulte de l'ensemble de ces considérations que, sur le plan strictement psychiatrique, l'instruction mérite d'être complétée.

bb) A cela s'ajoute qu'à la suite d'un bilan neuropsychologique réalisé entre décembre 2013 et janvier 2014, les médecins traitants de l'assuré ont signalé des troubles de nature cognitive dont l'intensité leur paraissait incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle (cf. rapport des Drs H. _____ et I. _____ du 4 mars 2014). Interpellé sur cette question, le SMR a admis l'existence d'une problématique neuropsychologique tout en estimant qu'il y avait lieu de procéder à des investigations complémentaires à la recherche d'une pathologie à l'origine des troubles constatés ; de l'avis du SMR, la poursuite des investigations incombait aux médecins traitants de l'assuré, étant toutefois précisé que seule une expertise neuropsychologique permettrait d'apprécier l'influence des troubles cognitifs constatés sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. avis SMR du 27 mars 2014). En résumé, il apparaît que les avis médicaux au dossier s'accordent à admettre l'existence de troubles cognitifs, mais que des divergences - respectivement des lacunes - persistent en revanche quant à leur origine et à leur impact du point de vue de la capacité de travail.

Selon la thèse défendue par l'OAI, ces troubles n'auraient néanmoins pas à être pris en considération dans la présente procédure dans la mesure où, mis en évidence en 2014, ils ne seraient apparus que récemment et ne pourraient dès lors être synonymes d'invalidité qu'à compter d'une date postérieure à la décision litigieuse (cf. duplique du 3 avril 2014). Cette thèse, purement hypothétique, est toutefois loin d'être convaincante dans la mesure où l'examen du dossier montre que des troubles cognitifs ont été évoqués avant que l'OAI ne rende la décision querellée du 11 novembre 2013. Ainsi, il faut relever que les médecins traitants de l'assuré ont signalé de nombreuses dysfonctions cognitives dans leurs rapports établis avant le prononcé attaqué (cf. rapport des Drs H. _____ et I. _____ du 10 juin 2013 spéc. p. 4 ; cf. rapport du Dr I. _____ non daté consécutif à l'examen psychologique des 26 juillet et 8 août 2013). Ces éléments ont ensuite été portés à la connaissance du SMR, qui n'en a pas tenu compte au motif que de tels troubles ne ressortaient pas de l'expertise des Hôpitaux R. _____ (cf. avis SMR du 3

octobre 2013) – argumentation qui ne peut qu’être écartée puisque, d’une part, l’expertise susdite s’avère de toute manière incomplète (cf. consid. 6a/aa supra) et que, d’autre part, cette expertise évoque bel et bien des limitations fonctionnelles relevant de la sphère cognitive, sous forme de troubles de la concentration (cf. rapport d’expertise du 18 juillet 2012 p. 11). Au surplus, il ressort de l’avis du 27 novembre 2013 des Drs H._____ et I._____ que ledit bilan neuropsychologique a été motivé par une appréciation rétrospective des différentes évaluations pratiquées jusqu’alors – cette synthèse ayant montré que l’intéressé pouvait, selon les circonstances, se montrer agité, désorganisé et fortement limité en termes de concentration et de mémoire de fixation (cf. rapport des Drs H._____ et I._____ du 27 novembre 2013 p. 1). Aussi, le fait que des troubles cognitifs déjà connus aient pu être précisés à la suite du bilan neuropsychologique réalisé entre décembre 2013 et janvier 2014 ne signifie de loin pas que ces troubles devraient être considérés comme récents ou qu’ils ne pourraient être pris en considération qu’à une date postérieurs à celle de la décision entreprise. Mal fondée, la position de l’OAI ne peut dès lors qu’être réfutée.

Les circonstances qui précèdent justifient par conséquent qu’il soit procédé à des mesures d’investigation complémentaires sur le plan neuropsychologique, étant précisé que l’on ne voit pas ce qui justifierait de mettre de telles mesures à la charge des médecins traitants du recourant, alors même qu’une expertise neuropsychologique est indispensable de l’avis du SMR (cf. avis de ce service du 27 mars 2014).

b) L’aspect somatique n’est certes pas directement critiqué par le recourant. Toutefois, ce dernier réclamant une expertise pluridisciplinaire, il y a dès lors lieu de se prononcer sur ce point également.

A cet égard, il appert que l’assuré a été suivi depuis 2005 pour des troubles du rachis cervical et lombaire. Le 18 septembre 2007, il a fait l’objet d’un examen clinique rhumatologique au SMR, à l’issue duquel le Dr N._____ a conclu à des atteintes incapacitantes sous forme de

cervicoscapulalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec périarthrite scapulohumérale bilatérales, ainsi que de lombocruralgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec discrète coxarthrose débutante – ces atteintes justifiant une entière incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon mais étant compatibles avec l'exercice à temps plein d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 22 octobre 2007). Ultérieurement, l'assuré s'est vu diagnostiquer une maladie de Forestier remontant à juin 2004 (cf. rapports du Dr O. _____ des 2 mars 2009, 6 avril 2009 et 26 février 2010), affection au vu de laquelle le Dr N. _____ a maintenu son appréciation du point de vue de l'exigibilité, moyennant une adaptation des limitations fonctionnelles (cf. avis SMR du 5 mai 2009). Depuis lors, à l'exception d'un formulaire brièvement complété par le Dr U. _____ le 16 novembre 2011 et signalant une aggravation suivie d'une stabilisation sous antalgie d'office, on ne sait rien de l'évolution des troubles somatiques de l'assuré. On ignore notamment à quoi était due l'aggravation signalée en 2011 et dans quelle mesure la situation a pu être stabilisée par la suite. L'évaluation de l'invalidité du recourant ne saurait par conséquent se faire sur la base de données aussi laconiques du point de vue rhumatologique, cela d'autant que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux reste ouvert en l'état du dossier (cf. consid. 6a/aa supra). A cet égard, il faut en effet rappeler qu'outre l'aspect psychiatrique (cf. consid. 4b et 6a/aa supra), un tel diagnostic ne peut être retenu qu'en l'absence d'une pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1). Au cas particulier, cette question se doit par conséquent d'être tranchée au moyen de renseignements actualisés et circonstanciés sous l'angle rhumatologique, compte tenu notamment de l'aggravation signalée en 2011. Par surabondance, on ajoutera ici que, contrairement à ce que semble penser le recourant (cf. mémoire de recours du 9 décembre 2013 p. 15), la simple existence d'une atteinte somatique objectivée n'est pas nécessairement incompatible avec un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, cette question dépendant bien plutôt du point de savoir si la symptomatologie douloureuse repose ou non sur une base organique suffisante.

Il suit de là que, sur le plan somatique également, l'instruction mérite d'être complétée.

c) A la lumière de ce qui précède, il apparaît que le dossier de la cause est manifestement lacunaire en ce qui concerne les troubles présentés par l'assuré ainsi que leur influence sur sa capacité de travail. La Cour de céans n'est donc pas en mesure de se déterminer sur le sujet à satisfaction de droit.

Au surplus, compte tenu des lacunes d'instruction telles que constatées ci-avant, il ne saurait être question, à ce stade, de se pencher sur la question du préjudice économique subi par le recourant du fait de ses problèmes de santé, ou encore d'examiner plus précisément le droit à des prestations spécifiques de l'AI. Aussi la Cour de céans peut-elle s'abstenir d'analyser les griefs soulevés à cet égard.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à

l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire, faisant abstraction de la problématique neuropsychologique de l'assuré et se fondant sur des données incomplètes aux niveaux psychiatrique et rhumatologique. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il y a dès lors lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction - le cas échéant, après avoir réinterpellé les médecins traitants du recourant - par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, neuropsychologique et rhumatologique. Il lui incombera ensuite de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de l'intéressé.

8. a) Par conséquent, il convient en définitive d'admettre le recours et d'annuler la décision entreprise, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 11 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP, Service juridique (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :