

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Durussel et Dessaux, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Didier Kvicinsky, avocat à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a suivi une formation de carreleur. Depuis le 19 janvier 1998, l'assuré travaillait au sein de l'entreprise G._____. Le 23 mai 2011, il s'est blessé au genou droit en perdant l'équilibre « sur une lambourde avec une charge ».

Le 9 août 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Entre le 17 juillet 2012 et le 28 août 2012, l'assuré a séjourné à la [...]. A l'occasion d'un consilium psychiatrique du 19 juillet 2012, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les éléments suivants :

A l'observation, on est face à un homme vigile et orienté, sans troubles attentionnels ou mnésiques. Il entre en relation de manière relativement prudente. La thymie est légèrement abaissée, en lien avec ses problèmes de santé dont des cervico-dorso-lombalgies, modérées, mais persistantes depuis plusieurs années. Il n'y a pas de signes actuels pour un épisode dépressif avéré ni d'éléments pour un trouble anxieux spécifique. Concernant la personnalité, on relèvera une certaine retenue (à comprendre probablement comme de l'anxiété bien maîtrisée) et un caractère indépendant.

Dans un rapport médical du 2 octobre 2012, le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour une allodynie de la face antérieure du genou droit et de rachialgies chroniques, d'entorse du genou droit du 23 mai 2011 (assortie d'un hématome et bursite prétiibiale drainée à deux reprises, bursectomie prétiibiale droite le 27 janvier 2012 et dysesthésies péricatricielles antérieures au genou droit), de cervico-dorsolombalgies chroniques non-spécifiques, de contusions rachidiennes pluri-étagées anamnestiques en 2009, de discrets troubles lombaires dégénératifs, de reflux gastro-eosophagien ainsi qu'un tabagisme actif. Ce médecin n'a retenu aucun diagnostic psychopathologique, mentionnant une thymie légèrement abaissée en lien avec ses problèmes de santé.

Par décision du 29 janvier 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il avait retrouvé dès le 1^{er} novembre 2012 une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

B. Le 29 mai 2013, S._____ a, par l'intermédiaire de son assureur perte de gain en cas de maladie, F._____, déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de cette demande, F._____ a transmis son dossier.

Dans un rapport médical du 23 mai 2013, le Dr Q._____, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'assureur perte de gain, a relevé un examen clinique rassurant en discordance avec les plaintes présentées par l'assuré. Dans ces conditions, ce médecin était incapable de juger de sa capacité de travail, ni de proposer une activité adaptée.

D'après les conclusions d'un rapport d'expertise établi le 14 août 2013 par la Dresse D._____, spécialiste en rhumatologie, l'assuré présentait des uncarthroses C5-C6, des discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un hygroma du genou droit ; la capacité de travail de l'assuré était entière. La Dresse D._____ relevait notamment des plaintes douloureuses lombaires profuses, y compris lors de l'examen clinique à la palpation ou à la mobilisation, contrastant avec la pauvreté des signes objectifs, indiquant probablement une majoration des symptômes.

Par décision du 28 octobre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

C. Le 29 avril 2016, S._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Du 29 août 2016 au 29 novembre 2016, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle au sein du [...] ([...]), à [...], afin de définir des cibles professionnelles.

Du 2 au 27 janvier 2017, l'OAI a accordé une mesure d'orientation auprès de l'[...], à [...], sous la forme d'un stage dans la section « Dessin de machines » de l'établissement. A l'issue de cette mesure, l'assuré a déclaré se sentir incapable de travailler dans toute activité, même adaptée.

Dans un rapport médical du 20 janvier 2017, le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu la présence d'un syndrome douloureux extrêmement chronique chez un assuré qui se considérait comme invalide et handicapé. Ce médecin doutait de la réussite d'un reclassement professionnel effectif et n'imaginait pas l'assuré reprendre une activité professionnelle. L'établissement d'une expertise multidisciplinaire s'avérait à son avis nécessaire.

Dans un avis médical établi le 22 février 2017 pour le compte du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr C._____, spécialiste en médecine du travail, a retenu chez l'assuré une capacité de travail nulle dans son activité habituelle. Cependant, aucun élément ne remettait en cause l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Tout en mettant en doute la présence d'un trouble somatoforme douloureux, au vu de l'absence d'appréciation psychiatrique au dossier, le Dr C._____ a conclu à l'établissement d'un examen rhumatologique afin de déterminer précisément la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Un examen clinique rhumatologique SMR a été mené le 27 avril 2017 par le Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie. Dans son rapport du 23 mai 2017, ce médecin a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de douleurs cervico-dorso-lombaires sans déficit neurologique, sans irritation radiculaire, sur minimes discopathies (déshydratation) des

disques L1-L2 à L5-S1 associées à une légère atteinte dégénérative facettaire postérieure lombaire et cervicarthrose C6-C7 avec pincement intersomatique et uncarthrose à ce niveau, de fibromyalgie, de gonarthrose droite débutante asymptomatique, d'inégalités des membres inférieurs en défaveur du côté gauche de 1 centimètre, asymptomatique, et de strabisme convergent de l'œil gauche. Pour le Dr E._____, la capacité de travail de l'assuré était pleine dans son activité habituelle de carreleur ainsi que dans toute activité dès le 18 juin 2013. A l'appui de ses conclusions, il a mentionné les éléments suivants :

Compte tenu du sentiment d'invalidité annoncé par l'assuré et des douleurs rachidiennes chroniques, nous avons recherché les signes comportementaux décrits chez les lombalgiques. Les signes de Waddell sont tous présents. Nous avons retrouvé 1 signe de Kummel, c'est-à-dire la limitation des mouvements des épaules à cause de la douleur lombaire. En plus, la différence entre la DDS et DDO est significative et rentre dans le cadre d'un trouble comportemental.

Pour la même raison, nous recherchons les signes compatibles avec une fibromyalgie. Nous pouvons confirmer le diagnostic sur la base des critères ACR de 1990 (14 points de Smythe sur les 18 requis) et sur la base des critères ACR de 2010. En effet, l'assuré mentionne plusieurs symptômes neurovégétatifs qui confortent ces deux diagnostics.

Notre examen clinique, ainsi que les IRM du 03.05.2017 sont tout-à-fait rassurants et ne corroborent pas avec l'importance des plaintes décrites par l'assuré et son invalidité subjective. La cohérence est donc très faible.

Nous pouvons retenir des motifs d'exclusion. L'assuré est démonstratif, théâtral, nous laissant indifférent. Plusieurs incohérences sont relevées, telle que la différence des amplitudes articulaires des épaules lorsqu'il est observé à son insu et lorsque l'examen est dirigé. Il déclare être incapable de monter les escaliers, tandis qu'il le fait à domicile. Il déclare avoir besoin d'une canne pour se déplacer, tandis qu'il n'a aucun élément neurologique ou ostéoarticulaire qui pourrait le justifier. Lorsqu'il se dévêt ou se rhabille, il n'épargne absolument pas les épaules, ni le rachis. Tandis que différents rapports et notamment ceux du stage [...] mentionnent la nécessité de se lever, de changer de position, de marcher et l'incapacité de rester assis plus que 10 minutes, l'assuré nous a prouvé qu'il a tenu assis 1 heure 35.

Quelques facteurs étrangers à l'invalidité devraient plutôt l'inciter à retrouver une activité lucrative : la situation économique difficile, son jeune âge, son niveau de formation (CFC). Le fait qu'il soit maître d'apprentissage montre qu'il a des capacités à évoluer favorablement dans un nouveau milieu, pour autant qu'il en a envie.

L'assuré déclare qu'en raison de son atteinte à la santé (cervico-dorso-lombalgies), il effectue difficilement les tâches ménagères, les courses, la lessive, la cuisine. A cause de ce problème, il déclare avoir abandonné tous ses sports favoris, y compris le tir sportif dans lequel il était également instructeur, donc de bon niveau. L'examen ne permet pas de retenir des limitations articulaires, ni des limitations neurologiques qui pourraient expliquer sa demande pour une aide à domicile ou qui pourrait expliquer le périmètre de marche déclaré extrêmement limité et le recours à une canne.

Vis-à-vis de ses symptômes, l'assuré se dit invalide. Il déclare des difficultés financières et s'attend à recevoir une rente.

En ce qui concerne les thérapies, d'après l'assuré, elles ne l'ont pas aidé (séjour à la CRR, physiothérapie, TENS, infiltration périurale, médicaments). Il souligne le fait que la morphine (10 mg/jour selon le dossier) provoque une fatigue et un endormissement, d'où l'arrêt de la substance il y a une année. Il semble quand même tolérer l'Oxycontin® retard 20 mg, qui est un dérivé morphinique, tout comme le Zaldiar®. Dès lors, même s'il n'a pas de véhicule à l'heure actuelle, on peut légitimement se demander s'il est apte à conduire, d'autant plus qu'il déclare des troubles de la concentration et des troubles de la mémoire.

Compte tenu de ce sentiment cristallisé d'invalide, la seule thérapie qu'on peut proposer est une thérapie active sous forme d'exercices par ex. et d'un reconditionnement, ce que l'assuré déclare augmenter les douleurs. Donc, il n'y a franchement rien d'autre à proposer.

En l'absence d'une atteinte organique incapacitante, sur les plans clinique et radiologique, à tel point que l'assuré tente de démontrer, il est apte à suivre et à s'investir dans des mesures de réinsertion à un taux minimal de 4 heures/jour, 4 jours/semaine, taux pouvant être augmenté rapidement, dans un délai de deux mois pour arriver à un plein temps.

Comme mentionné, la cohérence de nos consultations objectives, des plaintes de l'assuré et son sentiment d'invalide est extrêmement faible. Nous rejoignons en cela l'appréciation de la Dresse D. _____, rhumatologue.

Compte tenu de l'étude des pièces du dossier, de l'examen radiologique du 03.05.2017 qui ne montre pas d'aggravation, de l'expertise rhumatologique du 14.08.2013, nous considérons l'assuré apte à travailler à plein temps et à plein rendement dans l'activité de carreur. Nous ne retenons aucune LF. Nous nous écartons de l'avis du Dr Q. _____ et de celui du MT, spécifiquement en raison des IRM de mai 2017 qui n'ont démontré aucune aggravation des troubles dégénératifs et aucun indice pour une maladie inflammatoire. Il n'y a notamment aucun indice pour une fracture vertébrale que ce soit au niveau C5 ou L5.

La fibromyalgie n'est pas incapacitante puisqu'elle ne limite pas l'assuré qui garde les ressources nécessaires pour les activités quotidiennes. Il n'y a pas non plus d'éléments cliniques organiques qui pourraient empêcher l'assuré dans certaines activités.

Dans un avis médical SMR du 8 juin 2017, le Dr C. _____ a suivi les conclusions prises par le Dr E. _____ et conclu à l'absence d'une incapacité durable de travail. Il mentionnait que si une incapacité de travail totale pouvait être retenue depuis le 31 mars 2014, elle ne saurait être qualifiée de durable. Le Dr C. _____ relevait également la cohérence de cette évaluation avec les activités de la vie quotidienne, l'assuré continuant de disposer de ressources.

Par décision du 26 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant que les atteintes à la santé présentées ne justifiaient pas d'incapacité de travail de longue durée.

Par acte du 28 septembre 2017, l'assuré s'est déterminé sur la décision précitée, concluant à sa reconsidération. Il faisait valoir que ses douleurs ne lui permettaient pas de soulever des charges ou de monter sur des échelles. En outre, les médicaments prescrits afin d'atténuer la douleur l'empêchaient de conduire un véhicule ou d'utiliser des machines de chantier. L'intéressé soutenait qu'il lui était impossible d'exercer son métier de carreleur et que, malgré sa bonne volonté, ses efforts de réinsertion s'étaient soldés par un échec.

Par décision du 2 octobre 2017, remplaçant et annulant la décision du 26 septembre 2017, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations de l'assuré.

D. **a)** Par acte du 17 octobre 2017, S. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

L'assuré a complété son recours par acte du 1^{er} décembre 2017, concluant implicitement à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il contestait les conclusions du

rapport d'examen SMR du 23 mai 2017, soulignant qu'il était incapable d'exercer son ancienne activité de carreleur. Il estimait également qu'une reconversion n'était pas envisageable.

En date du 27 décembre 2017, l'assuré a produit deux rapports établis respectivement le 8 décembre 2017 et le 15 décembre 2017 par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans le premier rapport, ce médecin a posé le diagnostic de dépression avec des manifestations somatoformes. Dans son second rapport, le Dr X._____ a retenu un épisode dépressif moyen avec une tendance à la chronicité, concluant à une capacité de travail de 50% dans un travail adapté en cas de succès du traitement psychiatrique et psychothérapeutique.

b) Par réponse du 29 janvier 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il retenait que l'examen clinique rhumatologique du SMR du 23 mai 2017 remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport médical, mettant en évidence des conclusions claires, bien motivées et convaincantes. A l'appui de sa réponse, l'OAI a produit un avis médical SMR du 16 janvier 2018 établi par le Dr C._____, dont la teneur est la suivante :

Notre *réponse* : les documents du Dr X._____ n'apportent pas d'éléments convainquants sur le plan psy. à la lecture de l'examen SMR de 2017 et de nos justifications en 2/. D'ailleurs, la vie quotidienne montrait bien que l'assuré conservait des ressources physiques pour des activités légères, le status général ne montrait pas d'incapacité patente, ce qui ne justifie pas l'IT de 100%. L'assuré était aussi démonstratif, théâtral avec des facteurs étrangers à l'invalidité *Sur le plan psychiatrique*, le courrier du Dr X._____ affirmant la présence symptômes psy et de manifestations somatoformes ne relèvent pas d'un trouble, et donc aucune incapacité n'est à retenir. Par ailleurs, un épisode moyen n'est pas incapacitant selon la LAI. Les affirmations de notre confrère n'apparaissent donc, ni plausibles, ni convaincantes en l'état au vu de tout le dossier, d'autant qu'il ne déclare en plus aucune inaptitude à la conduite au SAN du fait de la prise d'opiacés, sans parler qu'aucune IT avec la date de départ n'est exprimée, malgré une évolution de 5 ans sans suivi psy, bien entendu. Enfin, sur le fond, il n'existe pas d'éléments probants qui permettraient de conclure à la présence de troubles psychiatriques incapacitants et ceci à un degré suffisant de force probatoire, la vraisemblance prépondérante

n'étant pas atteinte. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cet homme de 47 ans, dans la pleine force de l'âge, apte au travail.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.

c) Répliquant en date du 28 septembre 2018, l'assuré, agissant désormais par l'intermédiaire de son conseil, Me Didier Kvicinsky, a conclu à l'annulation de la décision du 2 octobre 2017 ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a également requis l'audition des parties, l'audition du Dr X._____ et l'établissement d'une expertise judiciaire. Il alléguait que sa capacité de travail était actuellement nulle et que, au vu de son état de santé, une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique aurait dû être diligentée par l'OAI. A l'appui de sa réplique, l'assuré a produit deux rapports médicaux, le premier établi le 24 mai 2018 par les Dresses H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Z._____, médecin, du Département de psychiatrie du [...], le second datant du 23 juillet 2018, établi par le Dr X._____.

Dans leur rapport du 24 mai 2018, les Dresses H._____ et Z._____ retenaient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de médicaments (opiacés et benzodiazépines), de syndrome de dépendance iatrogène ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité. Elles estimaient que les limitations sur le plan psychiatrique de l'assuré étaient actuellement incompatibles avec une activité lucrative normale, rendant sa capacité de travail nulle.

Dans son rapport du 23 juillet 2018, le Dr X._____ retenait quant à lui les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de médicaments (opiacés et benzodiazépines), de syndrome de dépendance iatrogène ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité. Pour ce médecin,

l'état général de l'assuré ainsi que les diagnostics retenus entraînaient une incapacité de travail de 100%.

d) Dupliquant en date du 22 octobre 2018, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours, les arguments développés par l'assuré n'étant pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. L'office AI a produit un avis médical SMR du 18 octobre 2018 établi par le Dr C. _____, dont la teneur est la suivante :

Notre position: nous sommes plus que dubitatifs au vu des assertions du conseil de l'assuré. Tout d'abord le conseil prétend que l'expertise rhumato est partielle et que nous devrions aussi avoir une évaluation psy. pour les diagnostics avancés déjà précédemment, et que nous avons rejetés démonstration à l'appui. Veuillez noter en plus que le conseil n'est pas médecin, et qu'il considère vrais les diagnostics psy. avancés, alors que la théâtralité, la vie quotidienne et notre examen SMR permet d'en douter fortement. Il s'appuierait sur 2 RM que nous allons commenter.

Nous avons donc une lettre du [...] Chauderon du 24.05.18, non signée, émanant entre autre d'un médecin assistant, affirmant déjà en p1 que l'assuré espère une aide financière pour reprendre une AA (activité adaptée) ce qui nous étonne vu que le conseil plaiderait pour une rente complète. D'emblée les déclarations du [...] sont donc discordantes, alors qu'en p3, il serait fait état d'un épisode dépressif sévère, et d'un TSD (trouble somatoforme douloureux) persistant, évoluant depuis 2014. La clinique serait en opposition formelle avec la vie quotidienne de l'examen SMR. La dépendance aux opiacés rendrait impossible toute AH (activité habituelle) du fait du risque d'accident du travail. L'assuré serait de plus sans traitement antidépresseur. Finalement selon le [...], à partir d'un RM (rapport médical) non signé, nous aurions un patient sans traitement depuis plus de 4 ans pour un épisode sévère et en plus sans inaptitude à la conduite relevée (obligatoire de le signaler au [...]), SANS EXAMENS BIOLOGIQUES en plus pour éliminer d'autres causes et affirmer l'importance ou pas d'une addiction aux opiacés. Nous pouvons dire que tout cela est très ténu, et il manque beaucoup d'éléments pour affirmer un diagnostic grave (à noter aussi aucune tutelle/curatelle ou autres investigations pour une pré démence dans ce contexte... IRM, examen neuropsychiatrique.). Ce n'est donc pas possible sur le plan déontologique et médical.

Nous avons aussi une lettre du Dr [...] en date du 23.07.18 expliquant en p2 n'avoir rencontré cet assuré qu'en décembre 2018 (sic !). On se demande s'il s'agit bien de cet assuré. Il est fait mention du même diagnostic que précédemment avec des idées suicidaires plus que marquées, mais notre confrère n'a procédé à aucune hospitalisation à l'époque de la prise en charge, ni mise sous tutelle/curatelle, ni prévenu le SAN d'une inaptitude à la conduite, ce qui est douteux au vu de la gravité de l'atteinte. Il n'est même pas

fait mention depuis sa prise en charge d'un traitement adéquat avec monitoring ou de changement thérapeutique selon les guides-lines, si on admet qu'il le connaissait depuis décembre 2017, soit 8 mois. Ce n'est donc pas possible, rien que sur le plan thérapeutique au vu de la gravité de l'épisode dépressif sévère, sauf avoir laissé « filer » les choses médicalement parce que ce n'était pas un VRAI épisode dépressif sévère, sans parler de la non-assistance à personne en danger, négligence etc.... comme attendre 8 mois avant de prévoir une hospitalisation de jour... tout cela est plus que douteux.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.

A l'occasion de déterminations supplémentaires, l'assuré a contesté les allégations de l'OAI et persisté dans l'intégralité des conclusions prises lors de son recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ;

art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou

de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 p. 471, TF 9C_500/2011 consid. 3.1).

5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-

social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. Dans le cas d'espèce, l'OAI a rejeté la demande de prestations du recourant, au motif qu'il ne présentait aucune incapacité de travail de longue durée. L'office AI s'est fondé sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique mené le 27 avril 2017 par le Dr E._____. Le recourant, se fondant notamment sur les rapports médicaux établis par les Drs X._____, H._____ et Z._____, soutient qu'il est actuellement totalement incapable de travailler.

a) En l'occurrence, on constate, à la lumière des rapports médicaux versés au dossier, que la situation médicale du recourant n'a pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive, notamment sur le plan psychiatrique. En effet, à la lecture des rapports établis par le Dr X._____ et par le Département de psychiatrie du [...], le recourant semble présenter depuis plusieurs années, soit au moins depuis 2014, de sévères atteintes à sa santé psychique. Dans son rapport du 20 janvier 2017, le Dr V._____ mentionnait également la présence d'un syndrome douloureux extrêmement chronique, estimant nécessaire l'établissement d'une expertise multidisciplinaire. De plus, certains éléments pouvant faire penser que la situation comportait une composante psychiatrique se retrouvent dans le rapport du 23 mai 2017 établi par le Dr E._____. Malgré l'absence d'observations sur l'état thymique, ce médecin mentionne en effet un isolement social grandissant, le recourant vivant seul, ayant abandonné l'exercice de ses activités sportives favorites tout en éprouvant une difficulté croissante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères quotidiennes ; il fait en outre état de signes comportementaux comme des troubles de la mémoire, de la concentration et d'un sentiment d'invalidité ; il relève également une dépendance aux opiacés, sous la forme d'une tolérance à la prise d'Oxycontin® et de Zaldiar®, deux dérivés morphiniques.

b) En ce concerne le point de vue du SMR, selon lequel le recourant conserverait des ressources physiques pour des activités

légères et, partant, disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il ne saurait être suivi. En effet, au vu des termes employés par le SMR dans ses avis médicaux (« sic ! », « sans parler qu'aucune IT avec la date de départ n'est exprimée, malgré une évolution de 5 ans sans suivi psy, bien entendu », « on se demande s'il s'agit bien de cet assuré », « sans parler de la non-assistance à personne en danger, négligence etc... comme attendre 8 mois avant de prévoir une hospitalisation de jour... tout cela est plus que douteux »), accentué par l'emploi de lettres capitales (« SANS EXAMENS BIOLOGIQUES », « ce n'était pas un VRAI épisode dépressif sévère »), force est de constater que cette appréciation exprime plus des jugements de valeur reposant sur des critères subjectifs et, pour certains d'entre eux, inopportuns, qu'elle ne relève d'une analyse médicale objective et circonstanciée de la documentation médicale versée au dossier.

c) En l'absence d'appréciation médicale exhaustive, l'instruction doit être complétée. Il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA. Cette expertise comprendra notamment des volets rhumatologique et psychiatrique.

7. a) Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice

doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'000 francs et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 2 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Kvicinsky, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :