

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 29 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], de nationalité portugaise, entré en Suisse en [...], a travaillé comme aide-maraicher jusqu'en [...] puis comme manœuvre dans une scierie.

Le 5 décembre 2013, après avoir reçu des planches sur la tête, l'assuré est tombé d'une hauteur de plus d'un mètre. Il s'est alors rendu [...], présentant des cervicalgies moyennes, des dorsalgies moyennes et des douleurs dans la partie antérieure du thorax. L'assuré a été hospitalisé du 5 au 6 décembre 2013. L'avis de sortie rédigé par [...] le 6 décembre 2013 mentionne au titre de motifs de prise en charge un traumatisme crânien simple et une fracture des vertèbres D6-D7 non déplacées.

Le 30 octobre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 13 novembre 2014, la Caisse nationale d'assurance (ci-après : la CNA) a transmis à l'OAI copie de son dossier médical. Y figuraient notamment :

- un rapport du 6 décembre 2013 de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, faisant suite à des scanners cérébral, cervical et thoracique réalisés le 5 décembre 2013 concluant à la présence d'une fracture avec léger affaissement du plateau supérieur des vertèbres D6 et D7, sans atteinte du mur postérieur, sans autre lésion traumatique cervico dorsale, et de phénomènes dégénératifs étagés avec discopathies cervicales de C5 à C7 ainsi qu'à l'absence de pneumothorax ou de confusion pulmonaire.
- un rapport du 6 mai 2014 du Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, faisant suite à un examen de l'assuré effectué le même jour. Le neurologue a constaté qu'à l'examen clinique sommaire, il ne

décelait aucun signe de myélopathie aux quatre membres - avec des réflexes ostéo-tendineux normovifs et symétriques -, ni de déficit sensitivomoteur aux quatre membres.

- un rapport du 2 juin 2014 de la Dresse [...] posant le diagnostic de « 5 mois post [fracture] D6-D7 » et faisant état d'une évolution lentement favorable.

- un rapport du 14 juillet 2014 du Dr [...], posant les diagnostics de fracture/tassement D6-D7, de cervicarthrose décompensée et d'hernie discale L4-L5. Aux termes de ce rapport, le médecin a préconisé la mise en place de mesures de réadaptation et de reconversion professionnelle.

- un rapport établi le 5 décembre 2014 par le Dr C._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, concluant notamment : « suite aux fractures de la colonne dorsale, il est hautement improbable que l'assuré puisse reprendre son métier habituel de manœuvre dans une scierie. Le pronostic de reprise de travail dans une activité adaptée semble favorable ».

- une déclaration de sinistre LAA remplie le 18 décembre 2013.

Par rapport du 5 décembre 2014, la Dresse L._____, médecin assistant auprès de [...], a constaté une fracture D6-D7 avec tassement, une cervicarthrose et une hernie discale L4-L5. Des cervicalgies et des lombalgies constituaient des restrictions à l'activité exercée en limitant les mouvements et diminuant la capacité de port de charges. Le médecin attestait d'une incapacité de travail à 100 % du 5 décembre 2013 au 14 décembre 2014. Elle a précisé que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail, sans préciser à partir de quelle date ou à quel degré. En annexe à son rapport, la Dresse L._____ a indiqué que les activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant, de rotation en position assise ou debout, de soulever ou de porter et de monter sur une échelle ou un échafaudage ne pouvaient plus être exigées de l'assuré. Elle

a enfin noté que ce dernier présentait une augmentation progressive de sa capacité de travail.

Selon un questionnaire pour l'employeur rempli le 4 février 2015, avant l'atteinte à la santé, l'intéressé travaillait 47 heures et 30 minutes par semaine (100 %). Son salaire s'élevait à 26 fr. de l'heure depuis le 1^{er} janvier 2013.

Par rapport du 9 février 2015, le Dr C. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

« On peut considérer le cas comme stabilisé.

L'assuré ne pourra pas, à priori, reprendre son métier habituel. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré est complète. Il peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Il doit éviter les travaux pencher (sic) en avant ou en porte-à-faux. Il doit éviter le port et le soulèvement des charges de plus de 10 kg. »

Par projet de décision du 10 août 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses atteintes et respectant ses limitations fonctionnelles savoir : alternance des positions assise et debout, pas d'activité penché en avant ou en porte-à-faux, pas de port et de soulèvement de charges supérieures à 10 kilogrammes.

Par courrier du 28 août 2015 à l'OAI, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'accident survenu le 5 décembre 2013 avait causé énormément de séquelles à ce dernier, le limitant même dans ses activités de la vie quotidienne les plus simples. Il a relevé que l'assuré présentait des lombosciatalgies gauches extrêmement invalidantes, limitant même ses efforts, l'obligeant à changer de position de manière extrêmement fréquente et l'empêchant de porter des objets lourds. Des nualgies surajoutées limitaient ses activités avec emploi restreint de ses membres supérieurs et impossibilité de rester debout la tête fléchie en

avant. Le médecin a relevé qu'au vu de l'âge de l'assuré, un reclassement lui paraissait tout à fait impossible.

Le 4 septembre 2015, sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé au projet de décision du 10 août 2015. Il a fait valoir que sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Il a complété son opposition le 9 octobre 2015, contestant en particulier la valeur probante des rapports du Dr C._____ et critiquant le fait que le calcul de son invalidité ait été fait sans qu'il ne soit tenu compte du moindre taux d'abattement. A l'appui de son opposition, l'assuré a notamment produit :

- un rapport du 2 septembre 2015 Dr [...], spécialiste en neurologie, concluant « actuellement il n'est pas envisageable que le patient puisse travailler comme scieur ».
- un rapport du 29 septembre 2015 du Dr T._____ posant le diagnostic de fracture D6-D7 sur chute de 1 mètre 50 au travail et de processus dégénératif L4-L5 et C5-C7. Le médecin a précisé que ces diagnostics avaient une forte influence sur la capacité de travail de l'assuré, causant des douleurs persistantes du rachis, diffuses, ainsi que des irradiations au niveau du membre inférieur droit uniquement. Il a ajouté que les efforts prolongés étaient impossibles, la flexion de la nuque difficile avec des douleurs à ce mouvement répété ou en position forcée. Il a constaté que l'assuré était obligé de changer régulièrement de position et que son incapacité de travail s'élevait clairement à 100 %. La capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle s'élevait à 0 %. Quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, le médecin a relevé que, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il se demandait quelle activité pourrait être envisagée. Il a ajouté qu'au vu des douleurs présentées, il semblait difficile qu'une rentabilité quelconque puisse être exigée. Le Dr T._____ a enfin relevé que l'assuré souffrait beaucoup de cette situation de sorte qu'un suivi psychologique spécialisé avait été mis en place.

Par rapport médical du 18 septembre 2015, le Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine de la douleur, a posé les diagnostics de douleur chronique primaire paravertébrale aussi avec irradiation dans le membre inférieur droit à la date du rapport et de maux de tête de type céphalées de tension (diagnostic différentiel : douleur cervicogène ; induite par abus de médicament). Ce spécialiste a constaté que l'assuré présentait toutes les caractéristiques d'une chronicisation de la douleur.

Aux termes d'un deuxième rapport du 30 septembre 2015, le Dr R._____ a relevé que le seul du réflexe RIII au niveau sural gauche était à 2 mA et qu'il était très bas par rapport à la moyenne de la population (8 mA) montrant une hyperalgésie très marquée. Le spécialiste a également noté que l'intéressé présentait un tonus musculaire très élevé avec beaucoup de bruit de fond et que, malgré les pauses pour se détendre, il avait de la peine à suivre les instructions.

Par avis médical du 30 octobre 2015, le Dr B._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que le rapport médical du Dr C._____ revêtait d'une pleine valeur probante dès lors que les points litigieux importants avaient fait l'objet d'une étude fouillée, qu'il se fondait sur des examens complets et qu'il prenait en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a ajouté que les conclusions du Dr C._____ étaient en accord avec les constatations neurologiques du Dr [...].

Par décision du 2 novembre 2015, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 10 %, estimant ce dernier à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de pouvoir alterner la position assise et debout et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kilogrammes.

Le 27 novembre 2015, l'assuré a confirmé son opposition à l'encontre du projet de l'OAI. Il a produit un rapport médical établi le 9

novembre 2015 par le Dr R._____. Aux termes de ce rapport, le spécialiste a notamment indiqué :

« La limitation fonctionnelle est très sévère, voire critique, dans le contexte d'une généralisation de la douleur primaire induite par les fractures post traumatiques avec une suspicion de réaction de stress post traumatique [...]. Les interventions que nous pratiquons quotidiennement au niveau de la colonne thoracique (traitements infiltratifs) sont très souvent liées à des réactions vaso-vagales avec un grand impact au niveau de la symptomatologie douloureuse. Ce mécanisme peut être à la base de la généralisation de la douleur que le patient nous décrit.

Cette symptomatologie primaire avec un hypertonus musculaire généralisé peut expliquer l'apparition des céphalées de tension à long terme dans les conditions de stress et d'une éventuelle réaction post traumatique de longue date.

[...]

Egalement, le patient présente des signes extrêmement sévères de dépression, anxiété et stress, évalués par le questionnaire DASS, tous également ayant un impact sur la capacité fonctionnelle du patient.

[...]

[...] Je ne partage pas le même avis qu'une activité adaptée à 100 % est raisonnablement exigeable (sic) de la part du patient. A noter que les implications psycho-sociales de la symptomatologie primaire (fractures vertébrales D6, D7) ont amené le patient à un stade de chronicisation de la douleur Grad 3 selon Gerbershagen) [...] avec une pathologie dépressive, anxieuse et de stress majeure qui, à notre avis, ne donne pas la possibilité au patient de s'intégrer sur le marché du travail à un taux à 100 %. Une estimation du taux de travail que le patient peut gérer est du domaine de la médecine du travail, cela dépasse nos compétences.

[...] »

Par courrier du 4 décembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 1^{er} décembre 2015 de Mme H._____, psychologue. Celle-ci a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et a relevé la présence de traits de personnalité paranoïaques et narcissiques exacerbés par la situation. Mme H._____ a indiqué qu'une grande part des préoccupations de l'assuré se fixait sur des douleurs physiques pouvant évoluer vers un syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle a précisé que « la présence d'une co-morbidité - qui inclut un état dépressif, une tendance à fixer ses préoccupations sur les douleurs

physiques, la présence de traits de personnalité narcissiques et paranoïaques relativement ancrés et rigides - constitue un facteur considéré comme étant de mauvais pronostic pour une reprise du travail ». Aux titres de limitations à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, Mme H._____ a indiqué que l'assuré présentait un faible potentiel d'adaptabilité à de nouvelles situations et que son état dépressif lui causait d'autres limitations savoir : une fatigabilité accrue, des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'un sentiment d'insécurité en lien avec la diminution de la confiance en soi. La présence de traits de personnalité paranoïaques, d'aspects de méfiance et de tendances projectives pouvant faire obstacle à l'instauration de rapports de confiance constituaient également des limitations à prendre en considération. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, la psychologue a expliqué ne pas être en mesure de se prononcer, cette question dépendant de l'évolution de la symptomatologie douloureuse et dépressive.

Un avis juriste du 22 mars 2016 a notamment relevé ce qui suit :

« Il faut [...] garder à l'esprit que le Dr C._____, en tant que médecin d'arrondissement de la SUVA, se prononce ici sur les seules séquelles de l'accident. Dans son rapport du 29.09.15 joint à la contestation du 9.10.15, le médecin traitant fait manifestement état d'autres atteintes à la santé susceptibles d'avoir une conséquence sur la capacité de travail puisqu'il nous parle notamment de processus dégénératif L4-L5 et C5-C7. D'autre part, [...] nous avons encore reçu un rapport médical du [Dr R._____] ainsi qu'un rapport du 1.12.15 [...] de la psychologue H._____ (contresigné par la Dresse [...], psychiatre FMH) qui atteste d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Cette dernière parle en outre d'une évolution possible vers un syndrome douloureux somatoforme persistant.

En résumé, la position du Dr C._____ est certainement probante mais pour les seules séquelles de l'accident. Or, il y a au dossier des indices sérieux de la présence d'autres atteintes à la santé que les séquelles accidentelles qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. »

Par avis médical du 27 avril 2016, le Dr B._____ a relevé qu'il existait une divergence entre les avis du Dr R._____ et de Mme H._____. Il a considéré qu'un épisode dépressif moyen sans syndrome

somatique n'était pas incapacitant par définition et que celui-ci devait donc être sans influence sur la capacité de travail dans l'activité adaptée. Il a relevé que l'assuré ne souffrait pas d'un trouble somatoforme douloureux ni d'un trouble de la personnalité. Il a finalement préconisé qu'il soit procédé à un examen SMR ou une expertise rhumatopsychiatrique.

Par décision du 5 juillet 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de sa décision du 2 novembre 2015, reprenant les considérations de celle-ci.

Par communication du 3 août 2017, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il estimait qu'une expertise médicale rhumatologique et une expertise psychiatrique étaient nécessaires. Il a ainsi mandaté les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par rapport du 13 novembre 2017, le Dr J._____ a posé comme diagnostic sans incidence sur la capacité de travail un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) et des troubles mixtes de la personnalité (personnalité frustrée) (F61.0). Il n'a pas posé de diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles provoquées par l'épisode dépressif léger, notamment la tristesse, les sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, n'étaient pas handicapantes et ne devraient pas empêcher l'assuré de travailler. Le psychiatre a précisé qu'il considérait que l'assuré présentait une personnalité frustrée et non paranoïaque comme l'avait retenu Mme H._____. Il a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par expertise du 6 décembre 2017, le Dr S._____ a posé les diagnostics incapacitants de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de discopathies C5-C6, C6-C7 stables depuis 2013, de dorsolombalgies récurrentes sans signe

radiculaire irritatif ou déficitaire, de status post traumatisme cranio-cérébral et fracture de D6 et D7 non déplacées post-traumatique en 2013 et de discopathie L4-L5 et arthrose facettaire postérieure L4-L5, L5-S1. Un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent modeste et des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie constituaient des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Le spécialiste a retenu, comme limitations fonctionnelles les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg et ce, de manière répétitive, ainsi que les mouvements de flexion-extension de la nuque de manière répétitive. L'expert a relevé que, du point de vue rhumatologique, il notait une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré et l'impotence fonctionnelle qu'il décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués à la date de l'expertise. Le Dr S. _____ a estimé la capacité de travail de l'assuré dans son activité antérieure à 30 % dès lors que celle-ci consistait à effectuer des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive. Il a considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 90 %.

Par décision du 12 décembre 2017, l'OAI a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité. Il a considéré que ce dernier conservait une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, pas d'activité penché en avant ou en porte-à-faux, pas de port et de soulèvement de charges de plus de 10 kilogrammes. A titre d'exemples d'activités adaptées, l'OAI a mentionné les métiers de caissier, d'agent de contrôle qualité dans une chaîne de production, d'ouvrier de conditionnement de matériel léger, d'ouvrier de production dans l'industrie de précision, de vendeur avec petite manutention, de magasinier, de serviceman en station-service et de chauffeur-livreur. L'office a ainsi considéré que la perte de gain subie par l'assuré s'élevait à 22 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré un courrier explicatif indiquant que l'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique

réalisée avait établi qu'il conservait une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée. Il a en outre expliqué avoir retenu dans le calcul du taux d'invalidité fondant sa décision un taux d'abattement de 5 % tenant compte des années de services de l'assuré.

B. Par acte du 29 janvier 2018, sous la plume de son conseil, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité au minimum, depuis le 3 novembre 2015.

Par réponse du 15 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 26 mars 2018, le recourant a déposé un mémoire complémentaire aux termes duquel il a conclu à la réforme de la décision du 12 décembre 2017 en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, depuis le 3 mai 2015. Il a contesté le contenu des expertises des Drs J._____ et S._____. Il a affirmé que les activités exemplatives indiquées par l'OAI à l'appui de sa décision comme étant adaptées n'étaient pas exigibles car elles ne respectaient pas les limitations fonctionnelles retenues. Il a également affirmé qu'âgé de [...] ans au moment du dépôt des expertises, il n'était plus capable de s'adapter à une nouvelle activité de sorte que l'on ne pouvait exiger de lui qu'il mette en œuvre sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le recourant a encore critiqué le calcul de son taux d'invalidité, relevant que le taux d'abattement lui ayant été appliqué était insuffisant. A titre subsidiaire, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire indépendante. A l'appui de son écriture, le recourant a produit un courrier du Dr T._____ du 13 mars 2018 confirmant le contenu de ses précédents rapports.

Le 29 mai 2018, l'intimé a complété sa réponse. Il a considéré que les expertises des Drs J._____ et S._____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant à l'âge de l'assuré, l'Office

a relevé qu'à la date de la réception de l'expertise pluri-disciplinaire, l'assuré était âgé de [...] ans et [...] mois. Dans une telle situation, il n'était pas en mesure de mettre en valeur l'exigibilité de 90 % reconnue dans une activité adaptée. Cependant, une exigibilité entière dans une activité adaptée avait été reconnue à l'intéressé lors de l'examen effectué en date du 9 février 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA, date à laquelle l'assuré était âgé de [...] ans. Ainsi, à cette époque, il était exigible d'attendre de lui qu'il mette tout en œuvre pour trouver un travail.

Par réplique du 2 juillet 2018, l'assuré a confirmé sa demande subsidiaire de mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et orthopédique. Il a au surplus persisté dans ses précédents moyens et conclusions.

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. Est en l'occurrence litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité.

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

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) L'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on

peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 ; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3. ; voir aussi Jacques-André Schneider, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in : Grenzfälle in der Sozialversicherung, Zurich 2015, p. 5) dès lors que l'on ne peut pas, avant cette date, exiger de l'assuré la reprise d'une activité

en fonction d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dont on ne connaît pas l'étendue. Au demeurant, la limite d'âge au-delà de laquelle une mise en valeur est exclue n'a, à ce jour, pas été fixée par le Tribunal fédéral (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

6. En l'espèce, il est constant que le recourant présente une incapacité de travail complète dans son activité habituelle d'ouvrier dans une scierie.

Se pose dès lors la question de savoir si l'âge de l'assuré constitue un critère à prendre en compte pour déterminer son exigibilité. La date déterminante pour se prononcer à cet égard est celle du dépôt du dernier des rapports d'expertise des Drs J._____ et S._____, soit le 6 décembre 2017. En effet, avant cette date, l'OAI ne disposait pas de tous les éléments essentiels à porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le rapport du 9 février 2015 du Dr C._____ était insuffisant dès lors que, diligenté par la CNA, il ne portait que sur les atteintes à la santé causées

par l'accident du 5 décembre 2013. Or, les médecins traitants avaient signalé d'autres atteintes à la santé, d'ordre psychique et dégénératives, atteintes qui ont justifié la mise en œuvre de l'expertise rhumatologique et psychiatrique. C'est ainsi uniquement au dépôt des expertises des Drs J._____ et S._____ que l'OAI a disposé d'informations médicales portant sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant.

Le 6 décembre 2017, le recourant, né le [...] était âgé de [...] ans et [...] mois. Il se trouvait donc très proche de l'âge donnant droit à une rente de vieillesse. Depuis son arrivée en Suisse en [...], il a occupé des emplois physiques et n'a pas acquis de formation ou d'expérience qu'il serait en mesure de mettre directement en valeur dans le cadre d'une activité adaptée. L'exercice d'une nouvelle activité respectant les limitations fonctionnelles reconnues par l'OAI impliquerait, par conséquence, une reconversion dans un environnement professionnel totalement nouveau et présupposerait des facultés d'adaptation importantes.

Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, on peine à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail (cf. dans le même sens TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 5.4, concernant une assurée âgée de 61 ans et cinq mois à la date déterminante pour l'examen de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail). Dans ces conditions, il convient de conclure que l'assuré n'est pas en mesure de retrouver un emploi limité à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail et qu'il présente dès lors une invalidité totale sur le plan professionnel.

En conséquence, il convient d'octroyer au recourant une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2015, soit six mois après le dépôt de sa demande.

7. Compte tenu de l'issue du litige, la question des limitations fonctionnelles du recourant comme celle du calcul de son degré d'invalidité peuvent rester indécises.

Pour la même raison, une expertise médicale indépendante, telle que requise par le recourant, s'avère superflue.

8. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 12 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2015.

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

IV. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud versera à V._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois 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 :

- Me Alexandre Lehmann (pour V._____),
- Office de l'assurance-invalidité du 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 :