

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant,

et

H. _____, à [...], intimé.

Art. 4 et 28 LAI, art. 7 LPGA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né 1966, était engagé comme cuisinier au Café Restaurant du [...], à [...] du 1^{er} avril 2014 au 1^{er} février 2015. Il s'est trouvé en incapacité de travail dès le mois de février 2015. Le 18 août 2016, le Centre Social Régional de l' [...] a déposé une communication de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Une attaque cardiaque, une commotion labyrinthique ainsi que des vertiges rotatoires chroniques étaient mentionnés à titre de problèmes de santé.

Dans le rapport initial établi le 8 septembre 2016 par l'OAI, il est indiqué ce qui suit :

« 2. Préambule, analyse de la demande

Anamnèse et informations complémentaires de l'assuré

L'assuré nous explique que depuis son arrivée en Suisse il a toujours travaillé comme cuisinier auprès de différents établissements jusqu'à qu'il ouvre son propre restaurant pendant 4 ans. Il a fait un infarctus en 2013 et il a décidé d'arrêter et de redevenir salarié. Il a trouvé un emploi à Renens mais courant 2015 en rentrant chez lui, sur la [...], il a fait un 2^e infarctus. Il a été emmené d'urgence au CHUV il avait une pression 240/160. Il a repris le travail le lendemain, mais sur place il est à nouveau tombé à cause de la tête qui tournait. L'assuré pensait que l'APG le prendrait en charge, mais cela n'a jamais été le cas, alors après son licenciement, il a été s'inscrire au CSR.

L'assuré nous annonce qu'il a fait un 3^e infarctus le 31.08.2016 et a été d'urgence au CHUV.

Il nous remet le justificatif qui consiste en une ordonnance de Dafalgan et Tramadol.

[...]

4. Evaluation des capacités

Identification des ressources versus carences et problèmes

Fonctions physiques :

L'assuré dit qu'il a ses problèmes de vertiges (tête qui tourne uniquement) et d'infarctus. En bonne santé pour le reste.

Fonctions cognitives :

A voir

Aspects émotionnels, comportement :

Au cours de l'entretien, l'assuré insiste à de multiples reprises sur le fait qu'il est de nationalité Suisse et qu'il mérite les égards qu'ils vont avec, mais n'attend rien de l'AI. L'assuré a une mimique renfermée témoignant qu'il est en proie à des vertiges pendant tout l'entretien, à l'exception lorsqu'il lui est demandé de nous montrer la carte du psychiatre et que l'assuré s'active rapidement et habilement.

L'assuré est venu à l'entretien en train, l'heure de pointe n'a pas été un problème « on a l'habitude ». L'assuré se déplace normalement seul, l'épouse est présente comme accompagnement.

[...]

6. Observations et remarques (point de vue du conseiller)

Etat de santé, comportement, humeur, discernement quant à l'état de santé

L'assuré dit que sans problème de santé, il aurait continué son activité de cuisinier. Maintenant, il aimerait aller mieux et reprendre plus tard l'activité de cuisinier. Néanmoins, il ne sait pas quand ce sera possible.

Il ne souhaite pas que l'AI l'amène à travailler pour le moment, car il veut se soigner. Il précise « D'abord vous me soignez ». L'assuré ne souhaite pas déposer de demande AI, mais c'est le social qui l'y pousse. L'assuré précise que se sont ses médecins qui vont le soigner, puis il reprendra le travail, l'AI n'est pas nécessaire.

Nous avons expliqué le principe de l'AI et de la détection précoce. Nous avons indiqué que nous sommes surpris que la Zurich assurance ne soit pas entrée en matière. L'assuré nous donne son accord pour qu'on appelle la Zurich pour avoir des informations complémentaires.

Nous convenons de donner des nouvelles à l'assuré après notre entretien avec la Zurich afin de définir s'il doit déposer une demande AI ou pas.

L'assuré nous a remis une liste de médicament au motif d'une atteinte à la santé d'importance. Selon l'APG, il n'y a pas d'incapacité de travail justifiée. »

Le 26 septembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant « IRM cérébrale » au sujet de l'atteinte à la santé.

Procédant à l'instruction du dossier, l'OAI a requis un rapport médical de la part du Dr I._____, médecin généraliste. Le 26 avril 2017, ce dernier a retenu en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail une anxiété généralisée (F41.1), une hypertension artérielle paroxystique, un status post-commotion labyrinthique droite avec déficit vestibulaire. Le Dr I._____ a également mentionné des céphalées et des insomnies en tant que diagnostics dénués d'influence sur la capacité de

travail. Pour ce médecin, l'assuré était incapable de travailler depuis le 15 novembre 2015, mentionnant un état d'épuisement psychophysique à titre de limitation fonctionnelle.

Dans un rapport médical du 16 mai 2017, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de troubles somatoformes, sans précision (F45.9). Concernant la situation médicale de l'assuré, ce médecin a mentionné les éléments suivants :

« Constat médical

Monsieur P._____ fait plus âgé que son âge, se montre bien orienté aux quatre modes, collaborant et toujours très ponctuel. Il se montre souvent tendu, voire irritable, notamment lors de la première prise de contact. Il peut s'excuser après coup de son attitude et a pu dès lors se montrer confiant et agréable dans le contact. Il se plaint principalement d'une irritabilité, qui fait qu'il ne «*se reconnaît plus*» et de troubles du sommeil. Il décrit également des moments de tension, qu'il «*sent venir*» et qui peuvent évoquer des attaques de panique, bien que nous n'ayons pas assez de critères pour retenir ce diagnostic. Cet état de tension et un sentiment de n'être pas reconnu dans sa souffrance, par des examens qui s'avèrent la plupart négatifs (cf. par contre, les résultats mis en évidence par nos autres collègues), l'affectent et nous relevons plusieurs signes de la lignée dépressive, notamment cette grande irritabilité, des troubles du sommeil, une perte d'espoir et des idées suicidaires fluctuantes.

Monsieur P._____ parle assez bien le français et répond de manière assez exhaustive à nos questions, nous n'avons à cet égard relevé aucun trouble formel du cours de la pensée.

Pronostic

Les douleurs d'origine inexpliquée dont se plaint le patient, ainsi que les autres symptômes évoqués plus haut, engendrent chez lui une grande détresse psychique et une irritabilité évidente. Des aspects de somatisation et une difficulté à envisager d'autres pistes pour se soigner (à l'exception de la physiothérapie, que le patient accepte de suivre), indiquent une certaine rigidité et nous font émettre une réserve quant à l'évolution de sa situation. Nous n'avons par ailleurs pas assez d'éléments en notre possession pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité, d'autant plus que le contact est plutôt bon et que Monsieur P._____ a pu vivre de manière satisfaisante, tant au niveau de son travail que des relations interpersonnelles jusqu'à présent. »

Concernant la capacité de travail de l'assuré ainsi que ses limitations fonctionnelles, le Dr V._____ a retenu les éléments suivants :

« Actuellement, il est difficile de quantifier cette incapacité d'un point de vue psychiatrique, le patient ne présentant pas une symptomatologie psychique floride, mais plusieurs symptômes anxio-dépressifs fluctuants en sus de ses plaintes physiques.

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Pour faire suite aux remarques précédentes, nous constatons un trouble anxieux et dépressif mixte chez Monsieur P._____, avec une légère amélioration, suite à l'introduction d'un traitement antidépresseur depuis le mois de janvier 2016.

D'une manière générale, Monsieur P._____ peine à retrouver ses moyens antérieurs pour travailler à nouveau, mettant en avant des vertiges répétés et des douleurs qui altèrent son moral et la qualité de son sommeil. Une dimension psychogène à ces symptômes n'est clairement pas exclue, renforcée aussi par un contexte familial difficile, mais il est difficile d'en dire plus au niveau psychiatrique, certains examens neurologiques et médicaux ayant été faits et pour lesquels nous n'avons pas de résultats.

Dans ce contexte, nous réservons toute conclusion définitive. Le patient lui-même reconnaît clairement son trouble dépressif et anxieux, mais maintient par ailleurs avoir toujours présenté une santé psychique stable jusqu'alors.

Pour les questions suivantes, nous ne sommes donc pas en mesure d'y répondre actuellement, également pour l'annexe psychiatrique. »

Dans l'annexe à son rapport, le Dr V._____ n'a pas répondu à la question « quelles sont les limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte ».

Le 6 juillet 2017, le Dr I._____ a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100% dès novembre 2013, sans répondre à la question des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes.

Dans un rapport du 19 février 2018, le Dr I._____ se réfère à un rapport du 18 novembre 2015 établi par les Drs L._____, W._____ et T._____, du [...], spécialistes en médecine interne, qui constate :

« **Discussion :**

Il s'agit d'un patient de 49 ans, que vous nous adressez en juillet 2015 pour un second avis par rapport à des céphalées occipitales pulsatiles associées à des vertiges rotatoires, une vision floue et un épisode de malaise en février 2015. Vous avez le sentiment de troubles fonctionnels avec un possible enjeu financier chez ce patient qui vient de perdre son travail mais n'a pas le droit au

chômage. Un large bilan avec angio-CT cérébral, IRM cérébrale, consultations neurologique et ORL ont déjà été faits et sont revenus sans particularité. Le patient est au bénéfice d'un traitement antihypertenseur de Co-Ramipril pour une hypertension artérielle.

Dans ce contexte de vertiges rotatoires, nous demandons un avis otoneurologique qui met en évidence un léger déficit canalaire horizontal droit associé à un déficit utriculaire droit séquellaire d'une commotion labyrinthique, sans atteinte centrale surajoutée. Il est alors proposé une physiothérapie vestibulaire et le patient sera revu en contrôle en fin de physiothérapie. Pour compléter le bilan, nous adressons le patient à la consultation de médecine manuelle, qui après plusieurs séances infructueuses, mentionne une composante anxieuse trop importante pour une indication de médecine manuelle. Un essai d'infiltration du nerf d'Arnold est effectué sans succès, et 10 séances de physiothérapie sont faites sans changement notable. Un diagnostic de dysfonction costovertébrale multiétagée au niveau D4-D6-D8 à droite est posé. Après l'adaptation d'un traitement anxiolytique et antidépresseur, la médecine manuelle se tient à disposition pour d'éventuelles manipulations supplémentaires.

[...]

Concernant les examens complémentaires effectués, une radiographie du thorax, un ECG, une analyse d'urine, une électrophorèse des protéines ainsi qu'une immuno-soustraction, reviennent dans la norme. Un large bilan biologique incluant le HIV, les anticorps antinucléaires, les facteurs rhumatoïdes et anti-CCP, ainsi que la syphilis, la VS, les électrolytes, les tests hépatiques et la ferritine reviennent dans la norme. Un Remler du 10 au 11.07.15 témoigne d'une hypertension artérielle diastolique circadienne, et une majoration du traitement antihypertenseur est préconisée. Nous vous laissons le soin d'ajuster le traitement de votre patient.

Sur le plan social, au vu de la perte de travail, ainsi que ces symptômes qui perdurent, nous vous proposons de faire une détection précoce AI. Lors de nos consultations, le patient mentionne par ailleurs que tout se passe bien dans sa vie privée, il est accompagné par son épouse lors des consultations.

En conclusion, nous retenons chez M. P._____ un probable état anxiodépressif en cours d'investigation par nos collègues psychiatres, avec un status après commotion labyrinthique droite en février 2015 avec léger déficit vestibulaire séquellaire en cours de traitement par physiothérapie vestibulaire, qui peut jouer un rôle dans la symptomatologie du patient.

Il a également renvoyé à un rapport établi en date du 30 septembre 2015 établi par le Dr J._____, du [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie, ce médecin retenant un status après commotion labyrinthique droite en février 2015 avec un léger déficit vestibulaire séquellaire. A titre de conclusion, le Dr J._____ avait évoqué la

persistance des vertiges qui nécessitait la mise en place d'un traitement physiothérapeutique.

A la demande de l'OAI, le Dr V._____ a établi un second rapport médical en date du 29 mars 2018, retenant les éléments suivants :

1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport? :

M. P._____ évoque lui-même une légère amélioration de son sommeil, ainsi qu'une baisse de son irritabilité. Le contact avec son thérapeute est toujours agréable, empreint de confiance et il a pu dans ce contexte relater à plusieurs reprises des éléments importants de son parcours de vie et de son vécu émotionnel, notamment son sentiment de honte à se retrouver dans une position de dépendance alors qu'il a toujours été un « bon père de famille » et un travailleur sérieux.

Il décrit par contre des douleurs toujours très invalidantes, notamment des cervicalgies irradiant dans le crâne et des céphalées. Son humeur reste stable mais légèrement abaissée.

2. Pouvez-vous détailler l'évolution de l'anamnèse depuis votre dernier rapport ? :

M. P._____ sortirait très peu de chez lui, par crainte d'avoir des « accès de tension » que j'évoquais dans mon premier rapport du 8 mai 2017 (épisodes qui pourraient être des attaques de panique ou qui du moins s'en rapprochent beaucoup). Il les anticipe mieux dans une certaine mesure mais présente de plus en plus ce comportement évitant.

D'un point de vue familial, des problèmes de santé nouveaux chez son épouse, ainsi que l'émancipation de leurs deux enfants qui sont sur le point de quitter le domicile familial est également à prendre en compte actuellement. M. P._____ mentionne enfin des chutes à répétition de sa mère qui vit au domicile familial avec eux.

3. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail depuis votre dernier rapport? :

Les certificats médicaux sont du ressort du médecin traitant de M. P._____, le Dr. I._____, à [...].

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? :

Nulle en l'état, M. P._____ se plaignant de douleurs continues et d'une répercussion importante sur son moral, son sommeil et sur la qualité des relations interpersonnelles avec ses proches mais aussi son voisinage (il a rapporté récemment s'être emporté avec un voisin avec lequel il avait jusqu'alors eu de bonnes relations et qui lui aurait dit qu'il « ne le reconnaissait plus »).

5. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? :

Escitalopram 20 mg 1 cpr/jour, Tranxilium® 2 x 10 mg (Temesta en réserve, prescrit par son MT à notre connaissance).

A ma connaissance, la compliance est bonne, notamment pour le traitement AD, M. P. _____ m'ayant spontanément demandé à plusieurs reprises un renouvellement d'ordonnance.

6. Le dosage et les éventuels effets secondaires ? :

Pas de dosage effectué, pas d'effets secondaires rapportés ni observés.

7. Pourriez-vous Indiquer les dates de consultations depuis votre dernier rapport ? :

15 mai, 12 juin, 16 août, 23 octobre, 20 novembre 2017 ; 23 janvier, 20 février, 19 mars 2018. A relever que M. P. _____ vient toujours régulièrement et ponctuellement à nos rendez-vous et qu'il m'a relancé quand je ne l'avais pas rappelé pour fixer un nouveau rendez-vous pendant les fêtes de fin d'année.

En date du 2 mai 2018, le Dr I. _____ a répondu aux questions de l'OAI et retenu que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était défavorable.

La Dre D. _____, spécialiste en pédiatrie et en oncologie-hématologie pédiatrique, du Service médical de l'assurance-invalidité (SMR), a établi un avis médical en date du 5 juin 2018, dans lequel elle retenait les éléments suivants :

« Conclusion : un état anxio-dépressif mixte ne remplit pas les critères de sévérités pour l'un ou l'autre des diagnostics et ne peut être considéré comme incapacitant, ce qui est corroboré avec le suivi psychiatrique très espacé.

Du point de vue somatique, il n'y a aucun document attestant d'une atteinte avec un effet sur la capacité de travail et l'assuré réinterrogé le 20.2.18, n'a pas à ce jour mentionné un suivi par d'autre médecin. »

Dans un projet de décision du 14 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations faute d'atteinte invalidante. L'intéressé s'y est opposé en date du 21 juin 2018, soutenant que son état de santé ne montrait aucune amélioration. Le 4 juillet 2018, l'intéressé a produit une prise de position du Dr I. _____, qui confirmait que l'état de santé de l'intéressé ne s'était pas amélioré.

Le 24 juillet 2018, à l'occasion d'un entretien téléphonique, le Dr V._____ a notamment informé l'OAI que, du point de vue médical, même si l'assuré était atteint dans sa santé, les critères retenus ne justifiaient pas l'intervention de l'assurance-invalidité.

Par décision du 28 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant que ce dernier ne présentait pas d'atteinte invalidante et qu'ainsi, sa capacité de travail et de gain était totale dans toute activité.

Dans un courrier du 22 octobre 2018, le Dr I._____ a contesté la décision précitée, estimant qu'une expertise médicale approfondie était nécessaire.

B. Par acte du 29 octobre 2018, P._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'à l'allocation d'une rente AI complète, soutenant que sa capacité de travail était nulle.

Dans sa réponse du 7 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, retenant que, sur le plan psychique, l'état anxio-dépressif mixte du recourant ne pouvait être considéré comme incapacitant et que, sous l'angle somatique, il n'y avait aucun document qui attestait d'une atteinte ayant un effet sur la capacité de travail.

Le 4 mars 2019, le recourant a produit plusieurs rapports médicaux, dont une attestation médicale établie le 26 février 2019 par le Dr I._____. Ce médecin retenait les diagnostics de dysfonctions costo-vertébrales multiétiquées, une hypertension artérielle paroxystique, un trouble anxieux et dépressif, des troubles somatoformes, sans précision, une tinea pedis au niveau des membres inférieurs, un status post-commotion labyrinthique droite ainsi que des vertiges. Le Dr I._____ a mentionné des vertiges importants, des pertes de connaissance ainsi qu'une aggravation de l'état psychique de l'assuré, retenant une incapacité totale de travail dans toutes les activités.

Par acte du 21 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, retenant que les documents produits ne remettaient pas en cause sa position.

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 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).

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) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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). Cette modification jurisprudentielle n'influe pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

6. a) Dans le cas d'espèce, le recourant requiert l'allocation d'une rente entière d'invalidité en raison d'un état de santé qui ne s'améliore pas.

b) Sur le plan somatique, les éléments médicaux présents au dossier se limitent aux appréciations du Dr I._____, par ailleurs médecin traitant du recourant. A la lecture de ces différents rapports, force est de constater qu'ils demeurent extrêmement succincts et ne permettent pas

de déterminer en quoi les affections somatiques du recourant l'entravent dans l'exercice d'une activité professionnelle. En effet, les conclusions de ce médecin retenant une incapacité totale de travail ne sont pas motivées et ne résultent pas d'une étude circonstanciée du cas du recourant, d'éventuelles limitations fonctionnelles ne sont au demeurant pas évoquées. En outre, il atteste d'une incapacité de travail totale dès le mois de novembre 2013, alors que l'assuré a travaillé jusqu'au mois de février 2015. Enfin, il s'est référé à un rapport du 18 novembre 2015 dont il ressort que des investigations neurologiques et ORL n'ont pas révélé de particularité, ni les examens complémentaires effectués ; il ne résulte pas de ce rapport l'existence d'une atteinte invalidante. Les rapports établis par le Dr J._____ (30 septembre 2015) et par les Drs L._____, W._____ et T._____ (18 novembre 2015) ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant. Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ne permet de retenir que, sur le plan physique, le recourant est incapable de travailler.

c) Sur le plan psychiatrique, les deux rapports établis par le Dr V._____, psychiatre traitant du recourant, divergent quant à la capacité résiduelle de travail de l'intéressé. Si ce médecin n'a pas défini avec précision la capacité de travail du recourant dans son rapport du 16 mai 2017, il l'estime nulle dans son rapport du 29 mars 2018. Ce dernier rapport contient néanmoins quelques contradictions, le Dr V._____ mentionnant que le recourant évoquait lui-même tant une légère amélioration de son sommeil qu'une baisse de son irritabilité, tout en soulignant des douleurs continues entraînant une répercussion importante sur son moral, son sommeil et sur la qualité des relations interpersonnelles. Quant à l'incapacité de travail du recourant retenue par le psychiatre traitant, ce dernier indique certes que le recourant sort très peu de chez lui, qu'il se plaint de douleurs continues et d'une répercussion importante sur son moral, son sommeil et sur la qualité des relations interpersonnelles avec ses proches et son voisinage, mais ne fait pas état de limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne. De plus, cette conclusion n'est que peu motivée. On constate que lors du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, malgré les symptômes

physiques et psychiatriques, le recourant était capable de maintenir un bon rythme journalier puisqu'il se promenait quotidiennement en forêt et qu'il allait régulièrement faire les courses avec son épouse, alors qu'il déclarait souffrir de vertiges. Le recourant avait également précisé que tout se passait bien dans sa vie privée. On relève que le contexte familial et psycho-social, puis les difficultés financières sont régulièrement mises en avant. Or ces problèmes d'ordre social, non liés à la maladie, n'ont pas à être pris en compte. Par ailleurs, on relèvera l'entretien téléphonique du 24 juillet 2018 entre l'intimé et le Dr V._____, dans lequel ce dernier indique que l'intervention de l'assurance-invalidité n'était, dans le cas d'espèce, pas nécessaire. Ainsi, les éléments présents au dossier ne permettent pas de retenir une incapacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique, les diagnostics posés apparaissent comme peu symptomatiques et sans réelles limitations fonctionnelles.

d) En définitive, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de conclure que les diagnostics retenus seraient d'une gravité telle qu'ils seraient incapacitants. Au vu de ce qui précède, l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en refusant au recourant l'allocation de toute prestation de l'assurance-invalidité.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, par décision du 4 décembre 2018 et au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat, le recourant étant tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 28 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité est confirmée.

- III. Il n'est pas alloué de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- P. _____,
- 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 :