

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Küng, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 29 al. 1 - 3 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est de nationalité kosovare. Il est marié et père de quatre enfants nés entre [...] et [...]. Il vit en Suisse depuis 1994. Sans formation professionnelle et titulaire d'un permis « C », il a travaillé, en dernier lieu, de septembre à octobre 2012, comme aide-maçon, rémunéré à l'heure, pour le compte de la société K._____ Sàrl à [...]. Suivi par le Centre social régional (CSR) [...], il est bénéficiaire du revenu d'insertion (RI). En incapacité totale de travail depuis le 1^{er} novembre 2013 pour des problèmes de dos (« au niveau des lombaires + colonne vertébrale dans son ensemble »), il a été annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par l'envoi d'un formulaire de détection précoce complété par son assistante sociale le 27 mars 2014.

Après une entrevue du 15 avril 2014 à son domicile avec un spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI, dans le contexte de la persistance de ses ennuis de santé, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) le 15 juillet 2014.

Dans un rapport du 13 août 2014 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, consulté depuis le 3 janvier 2014, a posé les diagnostics incapacitants de hernie discale L5-S1 / L4-L5 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des céphalées de tension et des insomnies. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient, indiquant uniquement un pronostic réservé. Sur le plan thérapeutique, le traitement prescrit consistait en la prise de médicaments (Cipralex® 10 mg 1x/j., Temesta® Expidet 1 mg 2x/j. et Tramal® gouttes 3x20/j.), avec la recommandation de l'introduction pour l'avenir d'une psychothérapie de soutien.

Par communication du 15 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, ce dernier ayant refusé d'aborder les mesures qui lui avaient été proposées lors d'un entretien du 2 septembre 2014 (en l'occurrence, la mesure [...] permettant à l'intéressé de définir de nouveaux projets professionnels tenant compte de ses restrictions fonctionnelles ainsi que de revoir son dossier [CV et lettre de candidatures]).

Complétant l'instruction médicale du dossier, l'OAI a recueilli un rapport du 27 octobre 2014 du Dr J._____, confirmant la teneur de son précédent rapport. Sur la base de la dernière consultation de l'assuré du même jour, le Dr J._____ a rapporté des douleurs lombaires (hernie discale), un trouble de l'humeur persistant accompagné par des vertiges, des céphalées ainsi que des troubles statiques. Le traitement alliait la prise de Cipralax® 10 mg 1cp/soir, Stilnox® 10 mg 1x/nuit, et Tramal® gouttes 2x20, ainsi que différents anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). En annexe, figurait une copie d'un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 30 janvier 2014 de la Dre Q._____, spécialiste en radiologie, qui se termine comme suit :

"CONCLUSION :

Sténose canalaire marquée en L4-L5 sur hernie discale postéromédiane paramédiane gauche sténosante avec un fragment discal luxé vers le haut et légère arthrose interfacettaire. Le matériel discal produit un conflit avec la racine L5 gauche et est susceptible d'irriter aussi la racine L5 droite.

Légère sténose canalaire en L5-S1 sur hernie discale postéromédiane paramédiane droite légèrement sténosante et légère arthrose interfacettaire. La racine S1 droite est susceptible d'être irritée.

Pas de signe de sacro-iléite."

Le 4 juillet 2016, le Dr J._____ a répondu comme suit à un questionnaire du médecin-conseil de l'OAI :

"L'évolution physique de mon patient se péjore. De plus, depuis janvier 2015 il a subi une perte pondérale de 41kg pour une période de 12 mois. Son état psychique se dégrade également. Monsieur X._____ souffre d'une dépression sévère qui a des répercussions

sur sa motivation dans tous les domaines (familial, professionnel et social). La dépression se manifeste par des troubles d'humeurs persistants, isolation, phobie sociale, agressivité verbale, insomnie, céphalée[s] et des troubles statiques.

A mon avis aucune activité professionnelle n'est possible, même adaptée à son handicap physique vu sa pathologie psychique."

Le 18 août 2016, le Dr J._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

- *Vous annoncez une perte de poids de 41 kg depuis janvier 2015. Pourriez-vous nous préciser la taille de l'assuré ainsi que son poids actuel et en janvier 2015 ?*
- En 2015 le patient pesait 106kg et mesure 184 cm. Actuellement, le patient pèse 65kg (poids pris le jour même).
- *Quelle raison retenez-vous à cette perte de poids ?*
- La raison de la perte de poids est un état dépressif sévère (F33.2), une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1) et une situation sociale précaire. Il a 4 enfants à sa charge et il est sans emploi.
- *Concernant la dépression que vous qualifiez de sévère, quel[le] est votre attitude thérapeutique depuis octobre 2014 ? L'état de santé ne s'étant pas amélioré franchement depuis octobre 2014, avez-vous adressé votre patient à un psychiatre depuis fin 2014 ?*
- Le patient n'est pas capable de suivre une psychothérapie. Il a bénéficié d'une seule fois de consultation psychiatrique et a abandonné le suivi (état d'abandonnisme).
- *Pourriez-vous nous communiquer ses dates de consultations depuis le 1^{er} mai 2016 et nous détailler le traitement médicamenteux actuellement prescrit par vos soins ?*
- Il suit le traitement suivant : Cipralex 10mg 1x/j ; Stilnox 10mg 1x/soir ; Tranxilium 10mg en R[réserve]."

Aux termes d'un avis médical du 1^{er} septembre 2016, le Dr N._____, du SMR, a fait le point de la situation comme suit :

"Assuré de 40 ans, marié, 4 enfants, scolarité ordinaire en Yougoslavie, ouvrier non-qualifié dans le bâtiment, sans emploi depuis novembre 2012.

Problèmes annoncés par le Dr J._____, médecin de famille depuis 2014 :

- Lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et hernie discale L4-L5 et L5-S1
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F33.2

- Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique F62.1
- Perte pondérale de 41 kg de janvier 2015 à juillet 2016

Il n'y a pas de suivi psychiatrique, ni d'antécédent d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Le Dr J. _____ que nous avons interrogé par courrier n'a pas souhaité répondre avec précision à nos questions. Si les troubles ostéo[-]articulaires ne font pas de doute, on ne saisit pas ce qui pourrait justifier l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée et les raisons qui justifieraient qu'un[e] dépression sévère qui ne soit pas améliorée par le programme de soins mis en place par le médecin de famille ne bénéficie pas au moins d'un avis spécialisé si ce n'est d'un suivi psychiatrique hebdomadaire. La demande de monitoring de l'antidépresseur que nous avons demandé au Dr J. _____ n'a pas été suivie.

Afin d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis janvier [recte : novembre] 2013, il convient de mettre en place **une expertise rhumatologique et psychiatrique.**"

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a, par la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assuré au Centre médical d'expertises W. _____ SA, à [...]. Les Drs B. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, G. _____, spécialiste en médecine interne, et R. _____, spécialiste en rhumatologie, ont établi leur rapport le 1^{er} octobre 2018. Sur la base de leurs propres examens cliniques et après l'étude du dossier médical complet de l'assuré, les experts ont posé les diagnostics incapacitants de lombosciatique gauche sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche et de syndrome fémoro-patellaire. Les autres diagnostics retenus étaient : « troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète non-insulinodépendant, syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, avec apnée hypopnée (AHI [*apnea-hypopnea index*] à 21.0/heure) ». Les experts ont retenu une incapacité de travail de l'assuré de 100 % comme coffreur, déménageur, ou dans le bâtiment, pour des raisons ostéo-articulaires, ceci depuis novembre 2013. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'intéressé était de 100 %, avec une perte de rendement de 20 % en raison des douleurs chroniques et de la nécessité pour l'assuré de faire des courtes pauses. Les limitations fonctionnelles étaient : « pas d'effort de soulèvement, port de charges

limité à dix kilos, pas de piétinement, pas de positions statiques assis ou debout prolongées, changements de position possibles, pas de travail à genoux ou en position accroupie, pas de travail en hauteur et mouvements des épaules libres ». En lien avec leur évaluation du cas, les experts ont précisé que la dépendance à l'alcool chronique n'avait aucune incidence sur la capacité de travail.

Le 16 octobre 2018, le Dr N. _____ a retenu, comme atteinte principale à la santé, une lombosciatique gauche sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche (M54.9) avec, comme pathologie associée du ressort de l'assurance-invalidité, un syndrome fémoro-patellaire. Indiquant qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions des experts précités, le médecin du SMR a estimé à son tour que l'incapacité de travail était totale depuis novembre 2013 dans l'activité habituelle. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (manipulations de charges limitées à dix kilos, pas de position debout prolongée et possibilité de changer de position au gré de l'assuré, pas de travail à genoux ou en position accroupie, pas de travail en hauteur, mouvements des épaules libres, et possibilité de faire des pauses), la capacité de travail était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, depuis novembre 2013.

Aux termes d'un document intitulé « REA - Rapport final » du 25 octobre 2018, un spécialiste en réadaptation professionnelle à l'OAI a constaté que l'assuré ne maîtrisait pas la langue française et qu'il n'avait pas les prérequis pour mener à bien une formation professionnelle reconnue susceptible de réduire le préjudice économique. Dans ces conditions, seule une mesure d'aide au placement restait envisageable.

Par projet de décision du 5 novembre 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous exercez l'activité d'aide-maçon à 100%.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis novembre 2013. C'est à partir de ce mois qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit en novembre 2014, et après consultation de votre dossier médical, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité de référence susmentionné[e].

Dans votre cas, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} mai 2015, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de laquelle vous avez fait valoir votre droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI.

Or, selon les éléments médicaux en notre possession, votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à votre état de santé (avec diminution de rendement de 20%), respectant vos limitations fonctionnelles (*manipulations de charges limitées à 10 kg, pas de position debout prolongée et possibilité de changer de position, pas de travail à genou ou en position accroupie, pas de travail en hauteur, mouvements des épaules libres, possibilité de faire des pauses*), **ceci depuis le début de votre atteinte.**

Pour déterminer votre degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique que vous subissez depuis novembre 2013.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre état de santé.

Dans votre situation, exerçant des activités non qualifiées, votre revenu sans invalidité doit être évalué en tenant compte des données salariales de l'Office fédéral de la statistique.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme en bonne santé dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de **CHF 65'652.48 à 100%**, en 2013.

S'agissant de l'évaluation du revenu avec invalidité, la jurisprudence prévoit de se référer à ces mêmes données statistiques.

Toutefois, étant donné que nous vous reconnaissons une diminution de rendement de 20%, sur le salaire précité, **votre degré d'invalidité correspond donc à 20%.**

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas.

Etant donné que votre degré d'invalidité est inférieur à 40%, le droit à la rente n'est par conséquent pas ouvert. De plus, aucune mesure n'est susceptible de réduire votre préjudice économique. Seule une aide au placement peut vous [être] octroyée."

Par communication du 5 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il serait prochainement invité à participer à une séance d'information en lien avec la mesure d'aide au placement (au sens de l'art. 18 LAI) à laquelle il avait droit.

Dans le cadre de ses objections à l'encontre de ce préavis, l'assuré a remis à l'OAI un rapport succinct du 27 novembre 2018 du Dr J._____. Il ressort de ce document que l'intéressé présentait un trouble de la mémoire grave en raison d'une consommation d'OH (consommation excessive d'alcool) ainsi qu'un « trouble dans le cadre de problème social majeur ». En annexe, figuraient les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'IRM cérébrale du 26 janvier 2017 réalisée par le Dr V._____, radiologue, en raison de vertiges. Cet examen d'imagerie par résonance magnétique a mis en évidence un discret élargissement des sillons corticaux et du système ventriculaire faisant évoquer un certain degré d'atrophie cortico-sous-corticale, la présence d'une petite anomalie de signal de la substance blanche profonde du lobe frontal droit et sous-insulaire gauche, aspécifique, ainsi qu'une sinusite chronique maxillaire des deux côtés, plus marquée à droite et au niveau des cellules ethmoïdales ;

- un rapport de contrôle cardiologique du 12 novembre 2018 adressé au Dr J._____ par le Dr P._____, spécialiste en cardiologie, accompagné de ses annexes (un électrocardiogramme [ECG] de repos ainsi que des rapports d'échocardiographie transthoracique et ergométrie). A l'examen clinique cardiovasculaire, ce praticien n'a pas constaté de décompensation cardiaque (profil tensionnel normal) et l'ECG de repos a objectivé un rythme sinusal régulier normocarde ainsi qu'une image de retard droit. L'échocardiographie transthoracique retrouvait une dilatation discrète et stable de la racine aortique, une fraction d'éjection ventriculaire gauche globale normale sans trouble de la cinétique segmentaire, le reste de l'examen s'avérant dans la norme. Enfin, l'ergométrie s'était avérée sous-maximale, doublement négative pour une ischémie myocardique significative pour le niveau d'effort fourni. En pratique, le Dr P._____ a

été rassurant envers l'assuré en lui rappelant l'importance primordiale de l'arrêt complet du tabagisme notamment.

Aux termes d'un avis « audition » SMR du 11 mars 2019, le Dr N._____ a fait le point définitif de la situation comme suit :

“Le Dr J._____ [qui] suit notre assuré depuis 2014 vous annonce dans un courrier succinct du 27 novembre 2018 que celui-ci souffrirait d'un grave trouble de la mémoire en raison d'une consommation d'OH qu'il aurait omis de nous annoncer depuis 2014 et pour lequel il ne nous décrit ni la prise en soin mise en place par ses soins, ni le bilan effectué.

L'expertise médicale du 1^{er} octobre 2018 comportait un volet psychiatrique qui n'a retenu aucun empêchement à charge de l'Institution, la dépendance à l'alcool bien identifiée et discutée en page 9/26 s'étant développée en l'absence de trouble/maladie psychiatrique préexistant, il s'agit bien d'un alcoolisme primaire au sens de la jurisprudence du Tribunal Fédéral.”

Par décision du 14 mars 2019, dont la motivation est identique à celle de son projet du 5 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assuré, sous la réserve d'une aide au placement ouverte. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son préavis reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par acte déposé le 11 avril 2019 (timbre postal), X._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision de l'OAI du 14 mars 2019, en concluant à la réforme de cette décision en ce sens que son « incapacité de travail est reconnue à 100% pour toute activité et une rente entière est accordée ». Invoquant un état de santé défaillant (compte tenu des problèmes de dos et des douleurs), le recourant contestait l'évaluation de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée. Contestant la valeur probante du rapport d'expertise W._____ du 1^{er} octobre 2018, il demandait la transmission du CD-Rom de son dossier ainsi qu'un délai pour compléter son recours.

Dans sa réponse du 28 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise pluridisciplinaire des médecins du W._____ du 1^{er} octobre 2018.

Le 17 juin 2019, en réplique, confirmant implicitement ses précédentes conclusions, le recourant a contesté le rapport d'expertise médicale d'octobre 2018 en lui opposant la dégradation de son état de santé physique (avec des malaises à répétition sous la forme de convulsions, d'état de crise d'allure épileptique, de perte de poids et de mémoire) que les experts n'auraient pas prise en compte.

Dans sa duplique du 8 juillet 2019, estimant que les arguments développés par le recourant dans son écriture du 17 juin 2019 n'étaient pas de nature à remettre en question sa position, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

C. Par décision du 24 avril 2019, X._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 avril 2019 et ainsi exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

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 porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation du degré d'invalidité propre à fonder cette prestation.

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.

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. 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).

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^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) 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).

e) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) En l'espèce, il convient d'examiner si, par sa décision du 14 mars 2019, l'OAI était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que le recourant bénéficie d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé global depuis novembre 2013.

Le recourant conteste le caractère probant du rapport d'expertise pluridisciplinaire des médecins du W._____ du 1^{er} octobre 2018, respectivement la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue par les experts. Il allègue, pour sa part, ne pas être en mesure de travailler compte tenu de son état de santé déficient, en faisant valoir que l'expertise en question n'aurait pas pris en compte la globalité de ses atteintes.

b) Dans ses rapports successifs, le Dr J._____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et hernie discale L4-L5 / L5-S1, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1) et a indiqué une perte de poids de quarante-et-un kilos de janvier 2015 à juillet 2016

résultant des troubles psychiques et de la situation sociale précaire de l'assuré. Ce médecin, consulté depuis 2014, est d'avis que la capacité de travail de l'assuré est nulle, même dans une activité adaptée au handicap physique, au vu de la pathologie psychiatrique, précisant que l'état de santé global se dégrade avec le temps (rapport du 4 juillet 2016 du Dr J. _____). Pour le SMR, si les troubles ostéo-articulaires sont documentés et établis à satisfaction, les explications se rapportant à la prise en charge de la dépression sévère telle que diagnostiquée ne sont pas susceptibles d'expliquer l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée, ni les raisons qui justifieraient qu'une dépression sévère qui ne soit pas améliorée par le programme de soins mis en place par le médecin de famille ne bénéficie pas au moins d'un avis spécialisé, si ce n'est d'un suivi psychiatrique hebdomadaire (avis médical du 1^{er} septembre 2016 du Dr N. _____, du SMR).

Dans le contexte des atteintes décrites, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) au W. _____, respectivement aux Drs B. _____, G. _____ et R. _____, qui ont établi leur rapport le 1^{er} octobre 2018. Ils ont posé les diagnostics incapacitants de lombosciatique gauche sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche et de syndrome fémoro-patellaire, ainsi que ceux, sans incidence sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, de diabète non-insulinodépendant, et de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré (AHI à 21.0/heure). Au terme de leur appréciation consensuelle du cas, les experts ont retenu que, si, pour des motifs ostéo-articulaires, la poursuite d'une activité de coffreur, déménageur, ou dans le bâtiment est compromise depuis novembre 2013, la capacité de travail de l'assuré est en revanche demeurée entière, avec une perte de rendement de 20 % (en raison des douleurs chroniques et du besoin de faire des courtes pauses), dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement, port de charges limité à dix kilos, pas de piétinement, pas de positions statiques assis ou debout prolongées, changements de position possibles, pas de travail à

genoux ou en position accroupie, pas de travail en hauteur et mouvements des épaules libres). Le SMR, suivi par l'OAI dans sa décision, a fait siennes les conclusions de cette expertise (rapport du 16 octobre 2018 du Dr N. _____, du SMR).

c) Dans le cadre du mandat d'expertise, le recourant a été examiné à trois reprises (le 5 juillet 2018 par le Dr G. _____, le 20 juillet 2018 par le Dr R. _____ et le 30 août 2018 par le Dr B. _____).

aa) Au plan de la médecine interne générale, le Dr G. _____ a retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, de diabète non-insulinodépendant, de syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré, avec un index d'apnée-hypopnée (AHI à 21.0/heure ; l'assuré bénéficiant temporairement d'une ventilation avec un CPAP [*Continuous Positive Airway Pressure*] qu'il n'a pas toléré et qui a rapidement été arrêtée en 2016), et d'antécédent d'alcoolisme chronique. L'expert a constaté que le traitement instauré est adéquat et adapté, sans avoir d'autre proposition thérapeutique à formuler. Il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne générale, les troubles fonctionnels étant modérés et la situation semblant par ailleurs parfaitement stabilisée.

bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr R. _____ a diagnostiqué une lombosciatique gauche non déficitaire sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche, ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral. Lors de son examen clinique, l'expert a fait les constatations suivantes :

“En position debout, on remarque un effacement de la lordose lombaire avec une accentuation de la cyphose dorsale. L'expertisé semble hausser les épaules en permanence. Il a les genoux légèrement fléchis. Il pèse 62 kg pour 181 cm.

Sa distance main/sol est à 40 cm et l'inclinaison globale du rachis est impossible aussi bien à droite qu'à gauche, mesurant la distance main/sol à 65 cm. Il n'y a pas de scoliose. La rotation globale du rachis est nulle, la tentative de rotation déclenchant une douleur globale de son rachis sans précision. La palpation du rachis depuis le rachis cervical jusqu'au rachis lombaire sans interruption, montre

une douleur sur la ligne des épineuses et sur les lignes para[
]vertébrales à droite et à gauche.

L'examen du rachis cervical montre une rotation à gauche à 45° et une rotation à droite à 20°, une distance menton/sternum à 10 cm et une extension globale du rachis à 0°, cette tentative déclenchant une douleur cervicale. On retrouve également une contracture des muscles para[
]vertébraux, cervicaux et des trapèzes.

L'examen des épaules est difficile à réaliser étant donné la résistance opposée par l'expertisé. Néanmoins, coude au corps pour l'épaule droite et pour l'épaule gauche on retrouve une rotation externe à 75° et en abduction à 90°, qui est obtenue pour l'épaule droite et gauche : la rotation externe est de 80° et la rotation interne de 60°. La distance main/rachis lombaire à la fois à droite et à gauche va jusqu'à L3. On ne retrouve aucun signe spécifique de douleur tendineuse, ligamentaire ou sous-acromiale au niveau des épaules.

A relever que tous les mouvements s'opposent à une résistance, qui finit par être vaincue avec difficulté, ceci intéresse tant les épaules que les coudes et les poignets.

L'examen des coudes montre une extension à 0° et une flexion à 160°. Les mouvements des poignets sont totalement libres, ainsi que les mouvements des métacarpo-phalangiennes, des interphalangiennes proximales et distales. Il n'y a aucune augmentation de volume des articulations. Les amplitudes sont normales et symétriques, mais les mouvements sont douloureux. On retrouve des nodules arthrosiques sur les interphalangiennes distales de tous les doigts. La force de préhension au manomètre du côté droit (bras dominant) est de 10 kgf et du côté gauche de 12 kgf.

On ne retrouve aucun signe d'hypoesthésie des membres supérieurs. Par contre, il existe un signe de Tinel du côté gauche, mais pas de signe de Hoffman. Les réflexes ostéo[
]tendineux des membres supérieurs ne sont pas retrouvés mais de façon symétrique.

L'examen des hanches montre une flexion à 130° ; hanche fléchie à 90° : la rotation externe est à 20°, la rotation interne est à 45°. Les mouvements des hanches déclenchent une douleur lombaire.

L'examen des genoux, également symétrique, montre l'absence d'épanchement articulaire. Les genoux sont secs et froids. On ne retrouve pas de douleur à la palpation du compartiment interne ou externe, mais par contre il existe une douleur à la palpation de la facette externe de la rotule du genou droit non retrouvée du côté gauche. Le signe du rabot est à la fois positif à droite et à gauche. Il n'y a aucune atteinte ligamentaire, interne, externe ou du pivot central à droite ou à gauche.

L'examen des chevilles est également normal et symétrique.

Il n'y a pas de signe de Lasègue. Il n'y a pas non plus de signe de Léri. Il n'y a pas d'hypoesthésie objectivable entre la droite et la

gauche aux membres inférieurs et il n'y a pas non plus de diminution de la force musculaire objectivable aussi bien au membre inférieur droit qu'au membre inférieur gauche. Les réflexes cutanés plantaires sont en flexion."

De l'avis du Dr R._____, les atteintes à la santé diagnostiquées contre-indiquent une activité de coffreur, de déménageur ou dans le bâtiment depuis novembre 2013. L'exercice d'une activité adaptée reste toutefois possible à 100 %, avec une perte de rendement de 20%, en raison de la nécessité pour l'assuré de faire de courtes pauses pour effectuer des étirements et en raison des douleurs chroniques qui entraînent de la fatigue. Les restrictions fonctionnelles retenues sont : « pas d'effort de soulèvement, port de charge limité à dix kilos, pas de piétinement. Pas de positions statiques assis ou debout prolongée. Changements de position possibles. Pas de position à genoux ou accroupie. Pas de travail en hauteur (échelle, échafaudage). Mouvement des épaules libres ». Sur le registre thérapeutique, l'assuré présentant une douleur lombaire sans irradiation et sans signes neurologiques objectifs, l'expert a estimé qu'il était inapproprié de lui proposer des traitements agressifs du type infiltration ou chirurgie, suggérant une physiothérapie à but d'apprentissage des règles d'hygiène vertébrale et de tonification musculaire.

cc) Au plan psychiatrique, le Dr B._____ s'est exprimé comme suit en lien avec son appréciation diagnostique du cas :

"Nous ne pouvons pas retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, car au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, nous n'avons pas pu retenir aucun symptôme ni signe clinique de cette affection, par ailleurs l'expertisé lui-même dit n'avoir jamais été déprimé ; ainsi, le diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1) retenu par son médecin traitant tombe.

Au moment de l'entretien, ce qui ressort c'est la dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), mais aucun signe clinique du syndrome de Korsakoff ou d'encéphalopathie de Wernicke n'a été décelé. La dépendance à l'alcool est primaire et pas secondaire à une maladie psychiatrique."

L'expert a également rapporté les constatations cliniques suivantes :

“4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

L'expertisé a un foetor éthylique, ayant reconnu avoir bu trois bières avant l'entretien. Il est resté calme tout au long de l'entretien.

4.2 Compréhension linguistique

L'expertisé s'exprime en français avec accent, mais avec une bonne compréhension.

4.3 Constatations lors de l'examen

Il s'agit d'un expertisé faisant son âge, chauve, les yeux marrons, portant une barbe de quelques jours. Il est venu avec sa femme en train, car il n'a pas le permis de conduire. Il s'exprime dans un discours cohérent, en me regardant dans les yeux. Bonne collaboration.

L'expertisé est bien orienté aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'expertisé ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents et celle d'anciens souvenirs. Bien que je n'aie pas fait de tests pour mesurer le coefficient intellectuel, cet expertisé ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisé ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'expertisé n'est pas triste et l'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Il n'y a pas de sentiment d'infériorité, de dévalorisation, de découragement, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'expertisé n'a jamais fait de tentative de suicide. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuite dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, l'expertisé ne présente pas de tension interne ni d'irritabilité. Il n'y a pas de signes de

claustrophobie ou de phobie sociale. Pas de TOC [trouble obsessionnel compulsif].

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie."

Sur la base des résultats de ses examens complémentaires (dosages plasmatiques), le Dr B._____ a noté que deux médicaments (l'Escitalopram® et le Zolpidem®) étaient indétectables. L'assuré présentait une alcoolémie à 1'72 ; les enzymes hépatiques ASAT étaient à trois fois les valeurs normales et la Gamma GT à cinq fois les valeurs normales. Quant à la CDT (*Carboxy Deficient Transferrin*) elle était à 13'5, démontrant la consommation d'alcool régulière de l'intéressé. En l'absence de plainte, d'atteinte à la santé ainsi que de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique chez un assuré scolarisé et disposant de ressources telles que le sens de l'humour (il a souri à plusieurs reprises pendant l'entretien), donner un sens à sa vie et des mécanismes d'autocontrôle, l'expert psychiatre est d'avis que la capacité de travail de celui-ci est totale dans toute activité.

dd) Dans leur évaluation consensuelle de la situation, qui a eu lieu le 24 août 2018, les experts du W._____ ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} octobre 2018 pp. 3 et 4) :

"4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

L'expertisé est né le [...] à [...] (Kosovo), il a la nationalité kosovare et un permis d'établissement de type C. Il ne travaille plus en tant qu'aide-coffreur depuis environ quatre ans, à cause de douleurs.

En mars 2014, l'expertisé s'adresse à l'OAIVD en déposant une demande de prestations. Il invoque comme raison médicale à l'incapacité de travail à 100% depuis le 01.11.2013 des problèmes de dos.

Ayant toujours travaillé dans le bâtiment, soit à la démolition soit au déménagement soit à la pose de coffrages, il a présenté en novembre 2013 une brutale douleur lombaire basse avec irradiation algique dans les deux membres inférieurs. Une IRM lombaire du 30.01.2014 a objectivé une sténose L4-L5 avec hernie discale

médiane et paramédiane gauche, ainsi qu'une sténose modérée en L5-S1 avec hernie discale paramédiane droite. Depuis lors l'expertisé n'a plus travaillé. Puis a présenté un accident vasculaire cérébral en avril 2016 sans séquelles.

Aucune prise en charge psychiatrique n'a été réalisée, des médicaments psychotropes sont prescrits par son médecin généraliste, mais l'expertisé ne les prend pas. La dépendance à l'alcool chronique de l'expertisé n'est mentionnée dans aucun rapport médical. Ce qui ressort de l'évaluation psychiatrique actuelle est la dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), mais aucun signe clinique du syndrome Korsakoff ou d'encéphalopathie de Wernicke n'a été décelé. La dépendance à l'alcool est primaire et non secondaire à une maladie psychiatrique. Celle-ci n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

Enfin, l'assuré présente une hypercholestérolémie, un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle et un syndrome d'apnée du sommeil modéré, ces diagnostics n'ont aucune influence sur la capacité de travail.

Après étude du dossier et examen de l'assuré, les experts ont retenu une incapacité de travail de 100% comme coffreur, déménageur, ou dans le bâtiment pour des raisons ostéo-articulaires, ceci depuis novembre 2013, en revanche une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée avec perte de rendement de 20%.

4.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25).
- Hypercholestérolémie.
- Hypertension artérielle.
- Diabète non-insulinodépendant.
- Syndrome d'apnée du sommeil de degré modéré, avec apnée hypopnée (AHI à 21.0/heure).
- Lombosciatique gauche non déficitaire sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche.
- Syndrome fémoro-patellaire.

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

- Lombosciatique gauche sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche.
- Syndrome fémoro-patellaire.

Limitations fonctionnelles : pas d'effort de soulèvement, port de charge limité à 10 kilos, pas de piétinement. Pas de positions statiques assis ou debout prolongées. Changements de position possibles. Pas de travail à genoux ou en position accroupie. Pas de travail en hauteur. Mouvements des épaules libres.

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Aucune incidence sur la capacité de travail relative à la personnalité de l'expertisé.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'ensemble des experts n'a pas retenu de facteurs de surcharge chez un expertisé scolarisé et ayant des ressources, telles que le sens de l'humour, donner un sens à sa vie et des mécanismes d'autocontrôle.

4.6 Contrôle de cohérence

Sur le plan rhumatologique, l'attitude de l'expertisé est inadéquate par rapport aux constatations objectives, cliniques et radiologiques. Qu'il puisse rien faire chez lui n'est pas expliqué par les constatations objectives. Ce n'est donc ni cohérent ni plausible.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Sur le plan rhumatologique la capacité de travail est de 0% comme coffreur, déménageur, ou dans le bâtiment depuis novembre 2013.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100% avec une perte de rendement de 20% due à des douleurs chroniques et la nécessité pour l'assuré de faire de courtes pauses.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail est de nature rhumatologique. La dépendance à l'alcool chronique n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Physiothérapie à but d'apprentissage des règles de l'hygiène rachidienne et de tonification musculaire."

d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts du W._____, dont le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} octobre 2018 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations cliniques complètes et

minutieuses, les répercussions des troubles somatiques (ostéo-articulaires) diagnostiqués par l'expert R. _____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction. Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation par des spécialistes confirmés et il répond en outre à l'avis divergent du Dr J. _____. Ces conclusions seront donc suivies.

e) Au demeurant, le recourant se borne à alléguer une appréciation différente de son état de santé et de sa capacité de travail résiduelle, tout en ayant renoncé à la production de documentation médicale. Il ne fait donc pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire de juillet-août 2018. Du point de vue somatique, la situation a été analysée par les experts à l'été 2018 en pleine connaissance du cas, respectivement en tenant compte de l'évolution de l'état de santé de l'assuré intervenue depuis 2013. Les experts ont ainsi notamment tenu compte de l'accident vasculaire cérébral d'avril 2016 sans séquelles (cf. en ce sens, le rapport de contrôle cardiologique du 12 novembre 2018 du Dr P. _____) et de la mise à disposition de l'assuré d'une ventilation avec un CPAP qu'il n'a pas toléré et qui a rapidement été arrêtée en 2016. En outre, s'agissant d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie), le grief de ne pas avoir examiné le cas dans sa globalité, notamment sur le plan psychiatrique, tombe à faux. Lors de l'entretien avec l'expert psychiatre, le recourant n'a formulé aucune plainte du point de vue psychique. A cette occasion, hormis des cigarettes (deux paquets par jour) et de la bière (l'assuré avouant avoir bu trois bières de 25 cl avant l'entrevue mais sans fournir d'autres précisions), l'intéressé n'a pas déclaré consommer de drogue. Il n'a pas manifesté de troubles cognitifs, de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives, pas d'idées délirantes notamment de persécution, pas non plus d'idées interprétatives ou de concernement simples ou délirantes, et pas non plus d'euphorie ou de phase maniaque. Il disait être triste par rapport à sa situation financière. Il ne se sentait pas inférieur aux autres, mais avait parfois des sentiments de dévalorisation et de découragement. Il ne

présentait pas d'idées noires, n'a jamais fait de tentatives de suicide, ni été hospitalisé en milieu psychiatrique. Il n'avait pas de flashbacks, ni cauchemars, mais disait être tendu par rapport à sa situation financière. L'expert psychiatre a en outre pris le soin d'exposer les motifs pour lesquels il ne pouvait retenir les diagnostics d'état dépressif sévère (F33.2), ou de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1) posés par son confrère généraliste. Ainsi, au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique, l'expert n'a pu retenir aucun symptôme, ni signe clinique du trouble dépressif récurrent, l'assuré déclarant par ailleurs ne jamais avoir été déprimé. En l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281 n'a pas à être effectuée (TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). Pour être complet, on précisera que le constat de l'absence d'une atteinte psychique incapacitante vaut d'autant plus que le recourant ne prend pas les médicaments psychotropes prescrits par son médecin de famille (selon les résultats des dosages plasmatiques demandés par l'expert B._____, l'Escitalopram® et le Zolpidem® étaient indétectables).

Dès lors, compte tenu de ce qui précède, l'intimé peut être suivi dans son constat d'une expertise pluridisciplinaire probante.

f) Des conclusions du rapport d'expertise du W._____, il ressort qu'en raison d'une lombosciatique gauche sur sténose canalaire L4-L5 et hernie discale paramédiane gauche ainsi que d'un syndrome fémoro-patellaire, l'assuré présente, depuis novembre 2013, une capacité de travail nulle dans son activité de référence (aide-maçon). Par contre, la capacité de travail est entière, avec une diminution de rendement de 20 %, dans une activité adaptée à son état de santé (manipulation de charges limitées à dix kilos, pas de position debout prolongée et possibilité de changer de position, pas de travail à genoux ou en position accroupie, pas de travail en hauteur, mouvements des épaules libres et possibilité de faire des pauses), ceci depuis le début de l'atteinte à la santé. Le début du droit est fixé 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, de sorte que, dans le cas présent, le droit à la rente ne pourrait prendre naissance qu'à partir du 1^{er} mai 2015.

5. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé - en l'occurrence, un degré d'invalidité à fonder sur une diminution de rendement de 20 % sur le revenu d'invalidité calculé sur les mêmes données statistiques que celles servant à la détermination du revenu sans invalidité, et sans abattement justifié après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation) -, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du constat par l'OAI d'un degré d'invalidité de 20 %, taux qui est en-deçà du seuil inférieur de 40 % propre à ouvrir le droit à une rente.

6. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée en conséquence.

b) 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 du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, 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 (art. 122 al. 1 let. b 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).

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement

cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 14 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Il n'est pas alloué de dépens.

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

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :