

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 janvier 2021

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], séparé, avec trois enfants, a travaillé en dernier lieu à 100 % auprès de l'entreprise [...] SA, en qualité de maçon non qualifié. Il a développé des douleurs lombaires au début du mois d'avril 2016, ainsi que des gonalgies à partir du mois de juin suivant, en lien avec une chute survenue sur son lieu de travail. Une IRM lombo-sacrée effectuée le 14 juin 2016 a mis en évidence des discopathies dégénératives sur les trois derniers étages lombaires, une arthrose postérieure, une sténose modérée des trous de conjugaison et un phénomène de Bastrup inflammatoire entre les épineuses de L3-L4. Une incapacité de travail a été certifiée du 3 juin au 24 juillet 2016, puis une nouvelle incapacité est survenue dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

L'assuré a été examiné le 15 septembre 2016 par le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de [...], assureur perte de gain. Ce médecin lui a reconnu, dans un rapport daté du même jour, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de maçon et proposé une reprise de travail dans une activité plus légère pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, à savoir le port de charges de plus de 10 à 15 kg à répétition, les positions en porte-à-faux et accroupie prolongée, le travail en équilibre instable sur des échelles ou des échafaudages.

Le 28 novembre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin-traitant, a attesté de la possibilité pour l'assuré de reprendre le travail dans un poste adapté dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

L'assuré a été licencié par son employeur le 23 décembre 2016, avec effet au 31 mars 2017.

Le 4 mai 2017, la Dre K. \_\_\_\_\_, nouvelle médecin-traitante, a certifié que l'assuré était apte au travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, avec les limitations fonctionnelles suivantes : absence de port de charges

de plus de 10-15 kg de manière répétitive, pas de position accroupie ni en porte-à-faux prolongé, pas de travail en équilibre instable sur des échelles ou des échafaudages.

Le 19 juillet 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'un mal de dos et d'estomac. L'OAI a rendu un projet de décision le 5 octobre 2017, par lequel il a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande, au motif qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ne subissait, de fait, aucun préjudice économique.

Le 8 novembre 2017, l'assuré s'est opposé au projet précité, faisant valoir qu'il était incapable de travailler en raison de ses soucis de santé. La Dre K. \_\_\_\_\_ a communiqué un rapport établi le 24 novembre 2017 dans lequel elle fait savoir que l'assuré a subi une nouvelle incapacité de travail à partir du 6 octobre 2017. Elle a rappelé que l'assuré souffrait de lombosciatalgies L5-S1 gauches depuis avril 2016, d'arthrose et d'une sténose modérée des trous de conjugaison. Il existait également un phénomène de Bastrup inflammatoire entre les épineuses de L3 et L4, ainsi qu'une tendinite de la patte d'oie au genou gauche. L'assuré s'était efforcé en vain pendant plusieurs mois de trouver un travail adapté à son état de santé. Cette situation avait des répercussions psychosociales, sous forme d'une anxiété importante, de troubles du sommeil et de tendances dépressives, qui justifiaient actuellement une psychothérapie de soutien. Dans ce contexte, et compte tenu également de l'âge de l'assuré et de son faible niveau de formation, une mesure de réadaptation ne semblait pas réaliste.

Dans un rapport complémentaire du 20 décembre 2017, la Dre K. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un syndrome radiculaire L5-S1 sur une hernie discale paramédiane gauche documentée par une nouvelle IRM datée du 8 décembre 2017 et traitée par infiltration épidurale le 14 décembre 2017. Il souffrait également d'une pangastrite à *Helicobacter*

pylori, d'un état dépressivo-anxieux et d'un syndrome des apnées obstructives du sommeil.

A la requête de l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant, a complété un rapport médical le 5 mars 2018, dans lequel il a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), indiquant que l'assuré présentait des fortes angoisses, des ruminations, des troubles du sommeil, une thymie abaissée, une baisse de l'estime de soi et des crises de panique. Les symptômes étaient en aggravation depuis novembre 2017, en lien avec des soucis financiers, familiaux et professionnels. Il a renvoyé aux rapports somatiques s'agissant des questions liées à la capacité de travail, soulignant que l'assuré présentait une mobilité limitée et de nombreuses limitations fonctionnelles.

Les 2 et 25 octobre ainsi que le 13 novembre 2018, l'assuré a été convoqué pour une expertise pluridisciplinaire Med@p de psychiatrie, médecine interne et rhumatologie auprès du Centre W.\_\_\_\_\_ conduite par les Drs Z.\_\_\_\_\_, médecin praticien, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Ils ont établi leur rapport le 17 janvier 2019, en retenant, en guise de synthèse, que du point de vue interdisciplinaire, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, et ceci depuis le mois d'octobre 2017.

Pour ce qui est du volet de la médecine-interne, on extrait ce qui suit du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ :

« Épicrise : observations et conclusions médicales

Évaluation et classification des troubles actuels/motivation des diagnostics

Il s'agit d'une personne assurée de 53 ans qui ne souffre actuellement d'aucun trouble la limitant dans ses activités professionnelles ou quotidiennes, selon ses dires. Elle présente une obésité de classe 1 selon l'OMS avec un IMC à 31,5 kg/m<sup>2</sup>, un tabagisme chronique actif à 34,25 UPA, un déconditionnement à l'effort avec HTA [hypertension artérielle], une tachycardie régulière et une dyspnée de stade 2 selon NYHA aux efforts importants, un syndrome de la blouse blanche, un syndrome des apnées du sommeil appareillé sous CPAP, une pangastrite à *Helicobacter pylori*, traitée par inhibiteur de la pompe à proton et antibiothérapie, ainsi que des troubles neuro-végétatifs anxieux avec des insomnies de maintien du sommeil et une dyspnée matinale ».

L'expert a expliqué que les diagnostics posés n'étaient pas retenus comme incapacitants, l'examen effectué ne mettant en évidence aucun déficit modéré ou important, ni de limitation fonctionnelle. Sur la question de la capacité de travail, il a indiqué que du point de vue de la médecine interne, elle avait toujours été de 100 %.

Pour ce qui est du volet psychiatrique, le Dr M.\_\_\_\_\_ a relaté les explications fournies par l'assuré en ces termes s'agissant de ses troubles actuels :

« La personne assurée met en avant une fatigue qu'elle met sur le compte de sa médication, avec des crises de panique depuis l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ à son sujet.  
[...].

La personne assurée ne parvient pas à décrire clairement chronologiquement l'apparition et l'évolution de ses troubles. Elle parle de sa colère face à un système administratif incompréhensible. »

L'examen clinique est résumé comme suit par l'expert :

« La personne assurée est un homme faisant son âge, de taille moyenne-petite et portant une légère surcharge pondérale. Tenue vestimentaire dans les normes. Cheveux très courts. D'emblée, présence d'une nervosité. Elle est bien orientée sur tous les modes et dispose de toutes ses capacités de jugement et de discernement. Discours cohérent, informatif, argumentatif, fait de tonalité haute et de vocabulaire limité en français, nécessitant la présence d'une interprète qui est présente. Le discours tourne autour de sa victimisation face au système administratif qu'elle décrit comme « fou » et la frustration après être tombée dans un piège d'escrocs qui l'a déshéritée de tous ses biens. Pas de troubles formels de la pensée. Thymie coléreuse avec larmes de frustration et colère, revendiquant les divers vices administratifs qui s'ajoutent à ses douleurs et le vol qu'elle a subi de son amie, mère de sa fille née en 2017. Elle se plaint de troubles de la concentration et de ruminations, raison d'insomnies, de fatigue et de sa nervosité. Pas de troubles de l'appétit. Pas de troubles de la libido. Pas d'idées suicidaires scénarisées mais des déclarations suicidaires explosives semblant être animées par sa colère et non pas par un élan suicidaire véritable. Pas de symptômes de la lignée psychotique.

La personne assurée se dit sevrée du tabac qu'elle consommait jusqu'à 2016 à raison de 60 UPA. Pas de consommation d'autres substances ».

L'expert a interpellé le psychiatre traitant de l'assuré, afin d'obtenir des renseignements récents sur son état clinique. Les explications du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, psychothérapie et psychothérapie des addictions, ont été retranscrites comme suit par l'expert :

« Il s'agit d'un patient qui est médiqué à la fois au [...] par le Dr N. \_\_\_\_\_ (et prochainement par la Dresse F. \_\_\_\_\_) et par son généraliste qui semble lui prescrire des quantités importantes de Xanax. A mon avis, d'un point de vue psychiatrique la problématique centrale est un très probable trouble de la personnalité à traits projectifs en premier plan ainsi qu'une importante impulsivité, qui semble avoir interféré avec son bien-être par le passé et notamment au présent quand il n'arrive pas à se remettre après une série d'échecs sur le plan professionnel, dans le contexte de problèmes à priori réels sur le plan somatique. A un niveau concret, nous avons fait un projet (catalysé par la discussion avec toi) d'hospitalisation pour changer de molécule de bzd [benzodiazépine] avec par la suite un cadre de distribution contrôlée de la médication en pharmacie. Pour la duloxétine, je ne suis pas sûr qu'il y a une indication claire mais à voir. Bien-évidemment, le patient a accepté le fait d'avoir un seul prescripteur pour toute sa médication. ».

S'agissant du diagnostic, l'expert pose celui de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23), et donne l'explication suivante s'agissant de son analyse :

« Le diagnostic F43.23 est retenu au vu d'une réponse aux descriptions des perturbations d'autres émotions, avec des symptômes pouvant être trouvés dans diverses pathologies du registre thymique, mais pas suffisants pour former un diagnostic thymique au sens du chapitre 3 de la CIM-10 (dépression, par exemple) ».

Il ajoute plus loin que :

« Au vu des notions anamnestiques, quoique chétives, manquant de data de l'enfance, de l'adolescence et de la période de jeune adulte, l'expert rejoint les conclusions du psychiatre traitant actuel, le Dr B. \_\_\_\_\_, orientant vers des manifestations de troubles de l'adaptation dans un contexte de troubles de la personnalité dont la description pourrait être en faveur d'un trouble de la personnalité de type borderline, mais aucune exploration n'a été faite à ce sujet, ce qui empêche une détermination claire ».

L'expert M. \_\_\_\_\_ a conclu que du point de vue strictement psychiatrique, aucun déficit n'était noté. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique avec effets sur la capacité de travail, cette dernière était réputée intacte, étant précisé qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles qui empêcheraient la personne assurée de travailler.

Enfin, pour ce qui est du volet rhumatologique, l'expert S. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique dont il ressort les constatations suivantes :

« IV.4.c.1 Status

Poids : 86 kg. Taille : 165 cm. IMC : 31.6. Périmètre abdominal : 105 cm. Périmètre des cuisses : 56 cm à droite et à gauche.

### **Rachis cervical et dorsal :**

(...)

### **Rachis lombaire:**

Apparence : il y a un relâchement des muscles abdominaux avec tendance à l'hyperlordose, sans attitude antalgique homo ou controlatérale.

Mobilité : il n'y a pas de limitation des amplitudes en flexion ou rotation, hormis en latéroflexion en fin de course. La distance mains-sol est pratiquement à 0 cm. Le Schober est à 10/15. L'épreuve talon-pointe des pieds est tout à fait normale, il n'y a pas de steppage à la marche. Elle traîne son pied à la marche, mais sans boiterie réelle, sans escamotage du pas postérieur ni steppage constaté.

Palpation : elle est indolore au niveau des épineuses et des inter épineuses. En position couchée, il n'y a pas de Lasègue à droite. A gauche, à peine la personne assurée lève la jambe, elle décrit des douleurs intolérables alors que lorsqu'il lui est demandé de se mettre en position assise à 90 degrés (flapping test) il n'y a aucune limitation (ce qui est appelé le Lasègue inversé). Les réflexes sont présents et symétriques. Il n'y a pas de Babinski, pas de signe déficitaire distal, pas de trouble urinaire, pas de syndrome pyramidal ou extra pyramidal.

L'examen du rachis retrouve une irritation lombosciatalgique, sans pouvoir parler de sciatique vraie, non déficitaire et non incapacitante.

[...]

L'ensemble de l'examen rhumatologique ne retrouve pas de signe déficitaire, pas de syndrome pyramidal ou extra pyramidal, pas de trépidation épileptoïde, le Schober est à 10/15. Il n'y a pas de signe de Léri. Les réflexes sont présents et symétriques. A noter un signe de Lasègue à 70 degrés à gauche ; à droite à plus de 90 degrés, mais le flapping test est négatif. La personne assurée peut s'asseoir à 90 degrés. Il n'y a pas de troubles génitaux ou urinaires, pas de syndrome de la queue-de-cheval.

L'examen neurologique et rhumatologique retrouve tout au plus une petite irritation sciatalgique du membre inférieur gauche, sans pouvoir parler de lombalgie ou de raideur globale. L'examen est plutôt satisfaisant.

Il n'y a pas d'élément en faveur d'une fibromyalgie. Les trigger points de l'ACR [American college of rheumatology] 1990 ne sont pas retrouvés. »

L'expert précité a en définitive retenu que l'examen rhumatologique était satisfaisant. Il avait retrouvé tout au plus quelques troubles de la sensibilité au niveau de la cuisse gauche avec un Lasègue simulé, mettant en évidence le diagnostic non incapacitant de lombosciatique résiduelle avec un déconditionnement musculaire et une obésité. La personne assurée était dans l'incapacité d'exercer le métier de maçon, mais elle pouvait tout à fait avoir une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'expert a énuméré ces dernières comme suit :

« Sur le plan rhumatologique, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout (position assise et debout limitée à une heure), de porter jusqu'à 10 kg. Une activité dans une position agenouillée ou accroupie devrait être évitée, ainsi que des activités demandant une posture forcée, comme se pencher en avant. Les activités demandant une sécurité augmentée

telles que monter sur des échafaudages ou des échelles ou similaires doivent aussi être évitées ».

Dans un avis du 4 mars 2019, le Dr P. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise, si ce n'est à la date à laquelle la capacité de travail dans une activité adaptée était exigible, fixant celle-ci à septembre 2016.

L'OAI a annulé et remplacé son projet de décision du 5 octobre 2017 par un nouveau projet daté du 6 mars 2019. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon depuis juin 2016, mais qu'une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible dès juin 2017, à l'issue du délai de carence, dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Comparant le revenu sans invalidité (66'384 fr.) avec celui auquel l'assuré pouvait prétendre compte tenu de ses limitations fonctionnelles (67'287 fr. 15), l'OAI a conclu qu'il n'existait aucun préjudice économique à prendre en considération, de sorte que le droit à la rente devait être nié.

L'assuré a contesté ce projet de décision par courrier du 13 mars 2019, faisant valoir qu'il était sans formation, qu'il prenait actuellement des médicaments et qu'il voyait sa psychologue et son psychiatre régulièrement. Il souffrait d'attaque de panique et avait récemment été hospitalisé quinze jours à l'Hôpital J. \_\_\_\_\_. Il n'était par conséquent pas en mesure de travailler, précisant qu'il était actuellement en arrêt de travail à 100 %.

Le 3 avril 2019, la Dre F. \_\_\_\_\_, nouvelle psychiatre-traitante, a adressé à l'OAI la lettre de sortie d'hospitalisation du 9 janvier 2019 établie par les médecins de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, lesquels ont retenu le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.9). Ils ont par ailleurs rapporté les observations suivantes :

« A l'entrée, nous sommes face à un patient à la tenue négligée, l'attention et la concentration diminuées, foetor OH. La thymie est triste avec des

affects congruents. Des idées suicidaires sont présentes, mais il s'engage à faire appel à l'aide. [...]

Au cours de son séjour, l'évolution de son état clinique a été rapidement favorable. Le patient ne verbalise plus d'idées suicidaires. Il est motivé et il a des projets pour l'avenir. Il est reconnaissant concernant l'hospitalisation, disant qu'il a été beaucoup aidé, qu'il s'est senti soutenu, et il demande sa sortie. Dans ce contexte et vu l'amélioration de son état, nous procédons à la sortie le 3 janvier 2019.

#### **Status à la sortie**

Patient calme, coopérant, de bon[ne] humeur, orienté aux quatre modes, vigilant. Attention et concentration dans la norme. Tenue vestimentaire et hygiène correctes. Discours clair, informatif, spontané. Volume adéquat. Il nie avoir des idées suicidaires, il dit avoir pris de la distance avec les facteurs qui l'avaient rendu déprimé. Humeur stable ».

Dans un rapport du 4 avril 2019, la Dre K. \_\_\_\_\_ a fait savoir que l'assuré était toujours suivi à sa consultation pour ses lombosciatalgies L5 gauches, invalidantes malgré de nombreuses prises en charge en physiothérapie. La situation se compliquait d'un état dépressif avec surconsommation de benzodiazépines, qui avait nécessité un sevrage en milieu hospitalier fin 2018. Elle signalait également en août 2018 une section accidentelle d'un tendon et d'une artère de l'index droit, qui avait justifié une opération d'urgence.

La Dre F. \_\_\_\_\_ et la psychologue X. \_\_\_\_\_ ont retenu dans un rapport du 23 mai 2019 les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), existant depuis le début de la prise en charge à la [...]. Depuis fin 2018, l'état psychique de l'assuré s'était dégradé. Il présentait une thymie triste avec l'augmentation de l'idéation suicidaire, un abus de médication, des difficultés augmentées à gérer ses angoisses avec consommation excessive de médicaments et d'alcool. L'assuré n'était actuellement plus en mesure de travailler, en raison des limitations fonctionnelles qu'il présentait (anxiétés importantes, agitation motrice avec débordement de ses émotions et impulsivité, symptômes dépressifs avec idéations suicidaire, addiction à des substances).

Le 28 mai 2019, l'assuré, représenté par Procap Centre de Conseils en assurances sociales, a complété ses déterminations du 13 mars 2019. Selon lui, l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique ayant conduit à l'hospitalisation et à l'augmentation du cadre

thérapeutique démontrait que le diagnostic de trouble de l'adaptation retenu par l'expert psychiatre n'était plus d'actualité, étant rappelé que l'expert n'avait pas écarté la présence d'un trouble de la personnalité de type borderline et que les médecins de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_ avaient quant à eux évoqués un trouble dépressif récurrent. La situation nécessitait par conséquent un complément d'instruction.

Dans un avis du 18 juillet 2019, le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les différents rapports produits par l'assuré dans le cadre de sa contestation ne recelaient pas d'éléments permettant de s'écarter de l'appréciation interdisciplinaire et consensuelle de l'expertise, soulignant en particulier qu'au plan somatique, les médecins de l'assuré ne contestaient pas les conclusions des experts, ni ne rapportaient de nouvelles atteintes ou de péjoration. S'agissant du volet psychiatrique, le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté que les psychiatres traitants ne décrivaient pas un état psychique différent de celui observé lors de l'expertise, rappelant qu'en mars 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_ diagnostiquait déjà, comme la Dre F.\_\_\_\_\_, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). La seule différence était la consommation excessive d'alcool et de Xanax qui avait précipité l'hospitalisation survenue en fin d'année 2019. A cet égard, les psychiatres de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_ avaient signalé un amendement rapide des symptômes avec l'arrêt des consommations.

Le 23 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 mars 2019. Dans une lettre du même jour, il a répondu aux objections de l'assuré en reprenant les arguments avancés par le SMR.

**B.** Par décision du 2 septembre 2019, la Justice de paix du district de [...] a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assuré, nommant Xavier Cueva, assistant social auprès de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, en qualité de curateur.

**C.** Par acte du 12 août 2019, D.\_\_\_\_\_ a déféré la décision du 23 juillet 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi de

prestations de l'assurance-invalidé. En substance, il fait valoir qu'il n'est pas capable de travailler en raison de son état psychique. A l'appui de son recours, l'assuré produit un certificat médical du 6 août 2019 de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_ qui atteste une nouvelle hospitalisation dans l'établissement depuis le 2 août précédent.

Dans sa réponse du 12 novembre 2019, l'OAI s'est prononcé en faveur du rejet du recours et du maintien de la décision querellée, relevant qu'aucun élément médical nouveau concernant la période prévalant jusqu'à la décision attaquée ne justifiait de revoir sa position.

L'assuré a transmis à l'intimé un rapport du 31 octobre 2019 établi par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au terme duquel il retient les diagnostics d'état dépressif majeur chronicisé, d'intensité sévère avec dimension suicidaire (F32.2) et une anxiété modérée avec crises d'angoisse (F41.1). Pour lui, cet état chronicisé majore un trouble mixte de la personnalité, avec exacerbation de traits de personnalité paranoïaque, dyssociale, anankastique et anxieuse, étant encore précisé qu'au trouble anxiodépressif chronique s'ajoute une comorbidité de mésusage de l'alcool. Il rappelle enfin que l'état incapacitant de l'assuré a nécessité la mise en place d'une mesure de curatelle ainsi que plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique.

Le 20 novembre 2019, l'intimé a transmis ce rapport à l'autorité de céans, accompagné d'un avis du 18 novembre 2019 établi par le Dr P.\_\_\_\_\_ du SMR. Ce médecin constate que l'argumentation du Dr H.\_\_\_\_\_ est peu détaillée et essentiellement fondée sur des éléments postérieurs à la date de la décision litigieuse, qui à eux seuls ne justifient pas une incapacité de travail pour la période en cause.

Invité par la Juge instructrice à se déterminer sur la procédure en cours, le curateur de l'assuré a fait savoir le 26 juin 2020 que ce dernier n'était pas privé de l'exercice de ses droits civils. Il n'a pas transmis de déterminations complémentaires.

## **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.

**3. a)** 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). 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).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**c)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4.** En l'espèce, le recourant motivait initialement sa demande de prestations en raison des atteintes somatiques qu'il présente.

A cet égard, force est de constater que l'ensemble des intervenants médicaux consultés reconnaît l'existence de lombosciatalgies invalidantes, en ce sens que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, depuis le mois de juin 2016. Par ailleurs, tant les médecins-traitants (rapports du Dr G. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2016 et de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2017) que les experts Z. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ sont d'avis que l'assuré, sur le plan strictement somatique, est apte au travail à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 10 kg, sans position accroupie ou à genoux, sans posture forcée penchée en avant, sans montée sur des échelles ou des échafaudages. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a en outre écarté de manière convaincante l'aggravation de la situation annoncée par la Dre K. \_\_\_\_\_ à partir d'octobre 2017, sous la forme d'un syndrome radiculaire L5-S1 sur une hernie discale paramédiane gauche (rapports des 8 novembre et 20 décembre 2017). L'expert rhumatologue a conclu, à l'issue de son examen, qu'il n'y avait pas de syndrome irritatif L5 gauche et s'est également référé aux rapports d'autres médecins ayant suivi le recourant, qui évoquaient un tableau douloureux dans le cadre d'un déconditionnement musculaire, sans que la hernie discale visible ne soit symptomatique.

Si les experts ont noté que l'activité adaptée était exigible dès octobre 2017, le SMR mentionne dans son avis du 4 mars 2019 que cette date ne correspond à aucun événement médical particulier et qu'il se justifie de retenir septembre 2016 comme date d'exigibilité au vu des pièces médicales au dossier, en particulier le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_, rejoint ensuite par le médecin traitant du recourant. Dans la décision litigieuse, l'OAI constate dès lors que le recourant bénéficiait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à l'issue du délai d'attente

d'une année, à savoir en septembre 2017. Ce constat n'est pas remis en cause par l'assuré dans le cadre de son recours.

Le recourant conteste en revanche l'appréciation qui a été faite par l'intimé au niveau de sa santé psychique.

**5. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant 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).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**6.** En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée en fin d'année 2018 par le Dr M.\_\_\_\_\_, relatée dans son rapport du 17 janvier 2019, qui peut être qualifié de probant. Ce médecin discute des différents rapports au dossier, ayant par ailleurs sollicité l'avis complémentaire du psychiatre-traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_. Il explique le diagnostic retenu en précisant son impact sur la capacité de travail. Les plaintes du recourant sont rapportées et examinées, et l'anamnèse personnelle, socio-économique ainsi que le fonctionnement au quotidien de l'assuré sont particulièrement détaillés. Les experts relèvent à ce sujet des divergences entre les trois anamnèses recueillies (expertise p. 7), tout en précisant que ces différences n'influencent pas le taux de la capacité de travail d'un point de vue consensuel.

S'agissant du diagnostic, l'expert, qui retient la présence d'un trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions, explique que le recourant présente des symptômes pouvant être trouvés dans diverses pathologies du registre thymique, mais qui ne sont pas suffisants pour former un diagnostic thymique au sens du chapitre 3 de la CIM-10, tel que la dépression. Ce faisant, il écarte le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) évoqué par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 mars 2018, en soulignant que la description clinique que ce médecin faisait de la situation à l'époque orientait plutôt vers un diagnostic d'une dépression d'intensité moyenne. Le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionnait à ce sujet une thymie abaissée, une anxiété observée et éprouvée, une faible tolérance au stress, une irritabilité, une hétéro-agressivité verbale, des insomnies mixtes et une baisse de l'estime de soi. Comme le relève le SMR dans son avis du 18 juillet 2019, les symptômes décrits par la Dre F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 mai 2019 et le diagnostic qu'elle retient sont identiques à ce qu'évoquait le Dr N.\_\_\_\_\_, la seule différence étant que le recourant a consommé de façon excessive alcool et médicaments, qui l'ont conduit à une hospitalisation volontaire en fin d'année 2018. Le rapport de l'Hôpital

J.\_\_\_\_\_ relatif à ce séjour indique que l'évolution du recourant a été rapidement favorable. A sa sortie, il était décrit comme calme, coopérant, de bonne humeur, orienté aux quatre modes, vigilant, avec une attention et une concentration dans la norme. Son humeur était stable, il n'avait plus d'idées suicidaires et il disait avoir pris de la distance avec les facteurs qui l'avaient rendu déprimé. Dès lors, si son état de santé psychique a pu s'aggraver, cette aggravation n'a été que très passagère.

En ce qui concerne le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2019, celui-ci fait état de tests récents et semble donc porter sur la situation postérieure à la décision attaquée, qui n'a pas à être examinée dans le cadre du présent recours (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Par ailleurs, comme le mentionne le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son avis médical du 18 novembre 2019, ce rapport ne recèle aucune anamnèse, ne donne aucune information sur les hospitalisations qu'il mentionne et ne contient aucun status clinique. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ne se prononce en outre pas sur le rapport d'expertise, dont on ignore s'il en a eu connaissance.

Il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter du diagnostic retenu par le Dr M.\_\_\_\_\_, sur la base des indications du psychiatre-traitant qui suivait alors le recourant. L'expert psychiatre a évalué la capacité de travail du recourant en tenant compte des indicateurs jurisprudentiels désormais applicables. Il a ainsi tenu compte de l'intensité des symptômes présentés par le recourant, de son adhésion aux traitements thérapeutiques, de ses ressources et de sa personnalité, tout en examinant la cohérence et la plausibilité de l'atteinte (rapport d'expertise pp. 38-40). C'est dès lors de manière convaincante qu'il a conclu à l'absence d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. En ce qui concerne les ressources du recourant, on peut par ailleurs relever que si celui-ci a déclaré à l'expert psychiatre qu'il ne sortait plus et ne voyait personne dans la journée (expertise p. 32), il a en revanche indiqué à l'expert de médecine interne qu'il faisait de longues marches, qu'il sortait régulièrement et quotidiennement, et qu'il allait souvent voir des matchs de foot sur le terrain (expertise p. 18). Il maintenait par

ailleurs un contact familial avec ses fils à qui il parle régulièrement (expertise pp. 17 et 49).

**7.** Le recourant ne conteste pas le calcul de son degré d'invalidité opéré par l'OAI et celui-ci n'est en effet pas critiquable. L'intimé s'est basé sur le gain assuré du recourant dans le cadre du chômage en 2017 pour fixer son revenu sans invalidité (66'384 fr.) et a établi son revenu avec invalidité sur la base des données salariales statistiques (67'287 francs). Il en résulte une absence de préjudice économique.

**8. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté.

**b)** 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 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 (décision du 15 octobre 2019), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est 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). Il incombe 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]).

**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 23 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. 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 de justice mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. D. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :