

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 janvier 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, de nationalité italienne au bénéfice d'un permis C, a travaillé en qualité de restaurateur de meubles en Italie, puis après son arrivée en Suisse en 2005, il a été employé comme plongeur dans un restaurant, poseur de cuisines, ouvrier dans un moulin, ouvrier de fabrique de pièces mécaniques et dans une usine de coupe de métal. Il a travaillé en dernier lieu comme restaurateur de meubles dans sa propre entreprise, Y. \_\_\_\_\_ Srl, jusqu'en juin 2015, activité qu'il a dû abandonner par manque de rentabilité.

**b)** Le 14 juillet 2016, le Centre social régional du [...] a rempli un formulaire de détection précoce, dans lequel il a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016 en raison d'une hernie discale et précisé qu'il était sans activité professionnelle. Parmi les documents joints à cette demande figurait notamment un avis de la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du 13 juin 2016 qui a dressé la symptomatologie suivante : amélioration des rachialgies thoraco-lombaires, nette aggravation des lombo-sciatalgies, amélioration de la symptomatologie au membre inférieur droit, persistance de quelques douleurs de la charnière thoraco-lombaire à droite, très importante attitude antalgique déviée vers la droite, apparition d'un signe de Lasègue radiculaire à 60-70° à gauche avec souffrance également lors de la recherche à droite, réflexes rotuliens et achilléens tout à fait normaux à droite, réflexe achilléen pratiquement aboli à gauche. Après une IRM lombaire, ce médecin a confirmé la présence d'une hernie discale postérieure paramédiane gauche en L5-S1, provoquant un réel effet compressif sur l'émergence de la racine S1 gauche expliquant la symptomatologie. Elle a noté que l'assuré était toujours en arrêt à 100 %, les certificats médicaux étant signés par le médecin traitant le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, puis elle l'a adressé au Dr L. \_\_\_\_\_, radiologue, pour procéder à un geste infiltratif, qui a été effectué le 28 juin 2016.

**c)** L'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes au moyen d'un formulaire réceptionné le 6 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué souffrir d'une hernie discale postérieure paramédiane gauche en L5-S1, avoir subi une intervention pour deux hernies inguinales en 2010 et être atteint d'une hernie hiatale chronique.

Selon le rapport de la Dre P.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016, l'assuré était atteint de rachialgies chroniques, de cervicalgies, une névralgie d'Arnold, une lombosciatalgie gauche dans un contexte d'hernie discale L5-S1 non déficitaire. Ces troubles avaient un effet sur la capacité de travail qu'elle n'a toutefois pas évaluée, précisant que l'assuré était en recherche d'emploi. Elle a précisé qu'une reprise d'activité devait se faire progressivement, de 20 % à 100 %, dans une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, n'exigeant pas de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation, sur une échelle ou un échafaudage, avec un port de charge répétitif limité à environ 5 kg et un port de charge ponctuel limité à 20 kg.

Dans un rapport reçu le 27 octobre 2016 par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de névralgies d'Arnold gauches exacerbées par un raidissement cervical, dorsolombalgies sur importante cyphose dorsale basse, hernie discale gauche L5-S1, excès pondéral important, hypovitaminose D, neuronite vestibulaire en 2014, pyrosis sur hernie hiatale et prise d'AINS, status post séquelles d'épiphysite de croissance et hernie intra-spongieuse (status post cure de hernie inguinale bilatérale par laparoscopie en 2010). Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de restaurateur de meubles en raison de douleurs, mais ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, ajoutant toutefois qu'un reclassement professionnel lui semblait souhaitable.

A réception de ces avis médicaux, le 27 octobre 2016, l'OAI a proposé une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés afin de favoriser la réinsertion de l'assuré. La mesure devait avoir lieu du 7 novembre 2016 au 24 mars 2017 auprès d' [...], mais, lors du premier entretien, il a été constaté que l'assuré n'était pas assez disponible pour intégrer le programme compte tenu de son planning de suivi médical (infiltrations, électrothérapie, rendez-vous au centre thermal).

Poursuivant l'instruction, l'OAI a requis des compléments d'informations auprès des médecins traitants le 13 juin 2017.

Ainsi, le 20 juin 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire concernant les dorsolombalgies, ajoutant qu'il avait présenté une exacerbation de sa hernie hiatale avec reflux œsophagien et pour lesquelles il était suivi par la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie. Il a attesté une incapacité de travail totale dans son ancienne activité ainsi que dans toute activité.

A cette même date, la Dre P.\_\_\_\_\_ a noté dans un rapport difficilement lisible que l'assuré se trouvait dans un contexte de rachialgies chroniques sans épisode aigu depuis plusieurs mois et a signalé une disparition des signes de conflit disco-radiculaire S1 gauche. L'intéressé présentait en outre une souffrance de la charnière thoracolumbaire gauche et des cervicobrachialgies bilatérales. Ce médecin ignorait quelle était la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, mais a évalué entre 50 % et 70 % la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 28 mars 2017. Les limitations fonctionnelles étaient d'éviter les rotations du rachis, le port de charges répété de plus de 5 kg, les positions debout ou assise prolongées ainsi que les antéflexions répétées du rachis. La Dre P.\_\_\_\_\_ n'avait jamais prescrit d'arrêt de travail, mais des séances de physiothérapie qui étaient toujours en cours.

Lors de l'examen pratiqué le 8 mai 2017, la Dre F.\_\_\_\_\_ a constaté la présence d'une volumineuse hernie hiatale par glissement non compliquée favorisant un reflux gastro-œsophagien chronique, non compliqué ; puis, à l'examen effectué le 19 juin 2017, elle a confirmé l'existence d'une diverticulose sigmoïdienne non compliquée.

Le 29 janvier 2018, la Dre P.\_\_\_\_\_ a interpellé le Dr Q.\_\_\_\_\_ au sujet du stress et de l'inquiétude qui croissaient chez l'assuré, notamment en lien avec ses problèmes gastriques. Pour ce qui concernait le contexte rachidien, elle a précisé qu'aucun signe d'aggravation n'était apparu à l'examen, ni réel progrès en l'absence de possibilité d'un traitement plus actif et constructif.

Évaluant la capacité de travail dans une activité adaptée à au moins 80 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé, le 2 mars 2018, un examen rhumatologique afin de préciser la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré.

L'examen rhumatologique a été effectué le 30 avril 2018 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie auprès du SMR. Le rapport du 23 mai 2018 indique les diagnostics de lombalgies chroniques, avec un déficit de réflexes dans le territoire S1 gauche, dans un status post hernie discale L5-S1, avec compression radiculaire S1 gauche (M54.5) avec répercussion sur la capacité de travail et de pré-obésité sans effet sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles sont l'absence de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, d'attitude prolongée en porte-à-faux, une limitation du port de charges répété à 5 kg et épisodique à 10 kg, l'absence de position assise ou debout prolongée au-delà de  $\frac{3}{4}$  d'heure, pas de position debout statique au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 km. L'incapacité de travail est totale dans l'activité de restaurateur de meubles depuis avril 2016. En revanche, l'assuré dispose d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée dès le 25 octobre 2016. Le rhumatologue ajoute qu'il y aurait lieu

de compléter l'instruction auprès du médecin traitant au sujet de la problématique anxieuse et auprès de la gastro-entérologue pour ce qui concerne les troubles digestifs.

Le 1<sup>er</sup> juin 2018, la Dre F.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir dispensé un traitement à l'assuré du 3 mai 2017 au 25 avril 2018, mais a précisé qu'il n'y avait pas de diagnostic gastroentérologique ayant un effet sur la capacité de travail.

Interpellé par l'OAI sur la problématique anxieuse de l'assuré, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu le 5 juin 2018 que la prise en charge avait lieu par un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique et que l'évolution sur ce plan depuis janvier 2018 était stable. Il a toutefois indiqué par un courrier postérieur que le suivi était effectué auprès d'une psychologue.

Par courrier du 6 juin 2018 adressé au Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'au niveau céphalique, l'assuré présentait une importante atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, très douloureuse sur une luxation de cette articulation et vraisemblablement une lésion méniscale ; dans l'attente d'un examen ORL et une IRM adéquate, il avait demandé au patient de limiter l'ouverture buccale lors de la nutrition et de manger des choses molles. Ce médecin a en outre relevé la présence de douleurs lombaires facettaires, expliquant que la discopathie L5-S1 dont il avait résulté une hernie discale avait fait abaisser le niveau global de la colonne, ce qui appuyait maintenant sur ses facettes L5-S1 ; il a préconisé un traitement d'anesthésie puis de fulguration éventuelle du nerf facettaire dans un centre de la douleur.

Dans un rapport du 31 août 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est notamment référé à l'examen rhumatologique du SMR et a retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> mai 2016 et une capacité de travail totale dès le 25 octobre 2016 dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles indiquées lors de l'examen rhumatologique. Il n'a pas considéré que les troubles du transit fussent incapacitants.

**d)** Le 15 février 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision l'informant qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, constatant qu'à l'échéance du délai de carence d'un an, soit le 1<sup>er</sup> mai 2017, l'assuré présentait une capacité de travail pleine dans une activité adaptée et que les revenus sans invalidité et avec invalidité devaient être fixés sur la base de la même table statistique, de sorte que le degré d'invalidité se confondait avec le taux d'abattement de 5 % retenu pour les limitations fonctionnelles. L'assuré a contesté ce projet le 12 avril 2019.

Le 21 mars 2019, l'assuré a fait un ultrason abdominal et le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu qu'il était possible que les douleurs présentées par le patient fussent en rapport avec la vésicule biliaire qui était remplie de sable et de boue et était légèrement douloureuse au passage de la sonde.

Dans un avis du 18 juillet 2019, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré, s'agissant de l'échographie abdominale, qu'il était possible que l'assuré ait des coliques hépatiques qui se traitaient soit médicalement soit nécessitaient une cholécystectomie, intervention chirurgicale courante se faisant sous coelioscopie en ambulatoire, de sorte qu'il s'agissait d'une atteinte à la santé non durablement incapacitante. Quant à la problématique de la douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, ce n'était pas une atteinte ayant un retentissement sur la capacité de travail de façon durable. Puis les éléments apportés par le neurologue X.\_\_\_\_\_ sur l'origine facettaire des douleurs lombaires ne modifiaient en rien les limitations fonctionnelles retenues dans l'examen clinique rhumatologique. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a donc maintenu les conclusions prises le 31 août 2018.

**e)** Par décision du 23 juillet 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré disposait d'une pleine

capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété de plus de 5 kg et épisodique de plus de 10 kg, pas de position assise ou debout prolongée de plus de  $\frac{3}{4}$  d'heure et statique debout plus de 20 minutes, pas de marche sans arrêt au-delà de 2km. Il a considéré que le degré d'invalidité correspondait au taux d'abattement de 5 %, dès lors que les revenus avec et sans invalidité devaient être fixés sur la base de la même table statistique.

**B.** Par acte du 13 septembre 2019, E. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil d'office Me Paul-Arthur Treyvaud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dans sa réponse du 30 octobre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant notamment à l'avis médical du 23 octobre 2019 des Drs K. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, qui confirme notamment que le rapport d'examen SMR tient compte de l'avis de la Dre P. \_\_\_\_\_ et que les éléments apportés par le Dr X. \_\_\_\_\_ ne modifient en rien leur appréciation.

### **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 compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 LPGA) 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'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)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5.** En l'espèce, il est constant que le recourant présente une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle de restaurateur de meubles. Cela étant, l'intimé considère qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant le respect de limitations fonctionnelles. Le recourant critique cette appréciation en arguant notamment que l'intimé n'a pas tenu compte des avis de la Dre P. \_\_\_\_\_ et du Dr X. \_\_\_\_\_.

**a)** L'intimé a fondé ses conclusions sur les constatations du Dr S. \_\_\_\_\_. Ce dernier a posé le diagnostic de lombalgies chroniques avec un déficit de réflexes dans le territoire S1 gauche dans un status post hernie discale L5-S1, avec compression radiculaire S1 gauche. L'ensemble des médecins ayant examiné le recourant ont également relevé l'existence de lombalgies dans un contexte d'hernie discale L5-S1. Le rhumatologue du SMR a constaté que l'anamnèse confirmait l'évolution partielle favorable de la symptomatologie lombaire, l'assuré ne présentant plus de sciatalgies, mais une douleur lombaire basse chronique.

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a écarté les diagnostics de névralgie d'Arnold (sous-occipitale) et de syndrome rachidien cervical. Il a d'abord relevé que le recourant ne se plaignait pas spontanément de sa nuque et que la mobilité de celle-ci était dans les normes, douloureuse en rotation droite et en flexion latérale, mais la palpation, même au niveau cervical haut était indolore. Il n'y avait pas de contracture et les mouvements automatiques de la nuque étaient normaux.

Il n'a pas retenu le syndrome rachidien lombaire après avoir constaté que la mobilité lombaire en flexion était à la limite inférieure de la norme, l'assuré ne ressentant pas de douleurs lombaires mais une douleur au mollet gauche remontant. Il a exclu une sciatalgie irritative étant donné que la manœuvre de Lasègue en station couchée ne déclenchait pas de sciatalgie irritative. La palpation légère était indolore,

la palpation modérément appuyée déclenchait une brusque douleur aiguë au niveau L5, sans contracture. Les transferts assis-debout étaient effectués normalement, les transferts couché-assis étaient ralentis. Globalement, il a considéré qu'il persistait une légère raideur lombaire, mais qu'il n'y avait plus de syndrome rachidien lombaire.

**b)** Le recourant reproche à l'intimé d'avoir écarté le diagnostic de sciatalgies posé par la Dre P.\_\_\_\_\_. Or, les sciatalgies ont été observées par la Dre P.\_\_\_\_\_ en juin et octobre 2016, faisant suite à un épisode aigu ; dans son rapport médical du 20 juin 2017, elle n'a plus formulé ce diagnostic et a signalé la disparition des signes de conflit disco-radicaire S1 gauche. La rhumatologue traitante a ajouté que l'évolution était favorable. Les constatations de ce médecin ont ainsi été dûment prises en compte et il y a lieu de relever qu'elles confirment celles du Dr S.\_\_\_\_\_, tout comme les avis des Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ qui n'ont pas diagnostiqué de sciatalgies en 2017, ni en 2018. Ce grief est ainsi mal fondé.

**c)** Dans un second moyen, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte l'évolution de l'atteinte lombaire constatée par le Dr X.\_\_\_\_\_. Or, on relève d'emblée que l'examen du Dr S.\_\_\_\_\_ date du 30 avril 2018, alors que l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ date du 6 juin 2018, de sorte que l'évolution en cause ne porte que sur un mois. On constate que le Dr X.\_\_\_\_\_ émet un avis sur l'origine facettaire des douleurs lombaires sans toutefois se prononcer sur d'éventuelles limitations fonctionnelles et incapacité de travail. En outre, les Drs K.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont indiqué le 23 octobre 2019 que les éléments relevés par le Dr X.\_\_\_\_\_ ne remettaient pas en cause les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_ et n'engendraient aucune modification de la capacité de travail évaluée à 100 % dans une activité adaptée. L'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ a donc été dûment examiné et aucun argument ne s'oppose à l'appréciation du SMR, qui peut être suivie. Ce moyen doit donc être rejeté.

**d)** Pour le surplus, les autres éléments en relation avec l'atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire, qualifiée de temporaire et non susceptible d'engendrer une incapacité durable par les médecins du SMR, et l'absence de diagnostic gastroentérologique ayant un effet sur la capacité de travail ne sont, à juste titre, pas critiqués par le recourant. Quant au contexte de stress et d'anxiété, il n'a pas donné lieu à la pose d'un diagnostic sur le plan psychiatrique, ni à une prise en charge par un spécialiste de ce domaine. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté non plus.

**e)** S'agissant de la capacité de travail, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de restaurateur de meubles était totale, rejoignant ainsi les conclusions des Drs P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_.

Les limitations fonctionnelles retenues correspondent en substance à celles constatées par la Dre P.\_\_\_\_\_ et ne sont pas remises en cause.

Pour ce qui concerne la capacité de travail exigible, le Dr S.\_\_\_\_\_ a noté qu'elle était déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire. Il a indiqué que les douleurs étaient d'allure mécanique, ayant exclu la persistance d'une douleur neurogène. Il a relevé que le descriptif de la vie quotidienne montrait que le recourant conservait des ressources physiques pour des tâches physiquement légères ; il était capable de faire son ménage en grande partie en le fractionnant, de se rendre en voiture d' [...] jusqu'à Vevey et de marcher une trentaine de minutes. Il a relevé que le recourant ne suivait plus de séance de physiothérapie et qu'il prenait de façon peu fréquente un anti-inflammatoire. Il a ajouté que le recourant portait, pour les tâches ménagères et pour la conduite, une ceinture de contention et qu'il utilisait peu son neurostimulateur externe. Globalement, il a retenu que l'exigibilité était complète sur le plan ostéoarticulaire dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. Il a précisé qu'il existait des facteurs étrangers rendant particulièrement difficile la reprise d'une activité professionnelle, à savoir l'âge de l'assuré,

son absence de formation professionnelle, la présence d'une anxiété et d'une kinésiophobie. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré que l'ensemble de ces éléments ne permettaient pas de confirmer l'incapacité de travail retenue par la Dre P. \_\_\_\_\_, celle-ci n'ayant par ailleurs pas expliqué pour quels motifs elle ne retenait pas une exigibilité complète dans une activité adaptée.

Ces considérations sont convaincantes, reposent sur des éléments pertinents et tiennent compte des rapports médicaux, en expliquant pour quels motifs elles s'en distancient. Les avis médicaux au dossier sur la capacité de travail sont très sommaires et non motivés, de sorte qu'on ne saurait leur attacher une valeur probante. Les conclusions de l'intimé suivant celles du Dr S. \_\_\_\_\_ sont par conséquent justifiées.

**f)** Pour ce qui concerne la date d'exigibilité, le recourant rappelle qu'il a dû interrompre la mesure mise en place auprès d' [...] en novembre 2016 en raison des nombreux traitements médicaux qu'il devait suivre et en déduit qu'au 25 octobre 2016, soit la date d'exigibilité d'une activité adaptée fixée par le Dr S. \_\_\_\_\_, il présentait toujours une atteinte significative et que ce n'était qu'à partir du 28 mars 2017 que la Dre P. \_\_\_\_\_ avait constaté une évolution favorable. En réalité, le recourant n'a pas commencé la mesure de réinsertion puisque, lors de son premier entretien déjà, il a été constaté que les rendez-vous médicaux ne lui laissaient pas assez de disponibilité. L'échec de la mesure n'est donc pas lié à un constat d'incapacité de travail mais à un problème de disponibilité. Cela étant, le recourant entend contester la date d'exigibilité fixée par le Dr S. \_\_\_\_\_ au motif qu'il était très pris par ses traitements en novembre 2016. Ce médecin a retenu la date de la consultation auprès du médecin traitant, le Dr Q. \_\_\_\_\_, dès lors que celui-ci avait mentionné que l'assuré avait toujours des douleurs thoraco-lombaires, des scapulalgies et des douleurs inguinales, mais qu'il n'y avait plus de sciatgie gauche. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que cette date se situait à 6 mois de l'épisode aigu. En outre, la Dre P. \_\_\_\_\_ avait confirmé l'évolution partiellement favorable dans sa lettre du 20 juin 2017 et mentionnait un contexte de rachialgies chroniques, sans épisode aigu,

depuis plusieurs mois, avec disparition des signes de conflit disco-radicaire S1 gauche. Cette appréciation est ainsi fondée sur des constatations objectives des médecins traitants et peut être suivie.

**g)** En définitive, l'ensemble de l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_ - qui se fonde sur un examen complet de l'assuré, des rapports médicaux rendus précédemment et des plaintes de l'assuré - ne prête pas le flanc à la critique. Elle repose sur les constatations objectives du praticien et les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de remettre en doute leur bienfondé. Les médecins du SMR ont examiné les rapports médicaux postérieurs avant de déduire que ceux-ci n'étaient pas de nature à modifier leurs conclusions.

**h)** Sur la base des éléments décrits ci-dessus, il convient de retenir que le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

La détermination du degré d'invalidité, correspondant au taux d'abattement admissible en raison des limitations fonctionnelles du recourant dès lors que les revenus avec et sans invalidité ont été fixés sur la base de la même table statistique, n'est pas critiquée et peut être confirmée.

**6. a)** Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient par conséquent d'arrêter les frais de justice en l'espèce à 400 francs.

**c)** Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais de justice, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure seront supportés par le canton provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour un total de 7h40 de travail d'avocat. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (soit 180 fr./heure au tarif de l'avocat), et d'y ajouter les débours, par 69 fr., et la TVA de 111 fr. 55 au taux de 7.7 %, ce qui représente un montant total de 1'560 fr. 55 (1'380 fr. + 69 fr. + 111 fr. 55) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

**d)** Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant, est arrêtée à 1'560 fr. 55 (mille cinq cent soixante francs et cinquante-cinq centimes) TVA comprise.
- 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 et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** 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 :

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :