

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Amandine Torrent, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé jusqu'au 31 août 2014 en tant que marbrier et polisseur de pierre pour la société S. _____ SA. Il a ensuite perçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage jusqu'au mois de mai 2015, date à partir de laquelle elles ont été remplacées par des prestations de l'assurance perte de gain maladie du Service de l'emploi.

Le 15 octobre 2015, l'assuré a adressé une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état de problèmes de dos entraînant des insomnies et une dépression à l'origine de périodes d'incapacité de travail survenues du mois de juin au mois d'août 2014 ainsi que depuis le mois de mai 2015.

Dans un rapport du 28 janvier 2016, le Dr W. _____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique ainsi qu'en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et lumbagos à répétition, avec des épisodes de lombosciatalgies, probablement depuis la fin de l'adolescence, de spondylolyse L5 bilatérale avec discret antélisthesis L5-S1 depuis au moins 2005, d'arthrose postérieure depuis au moins 2011, de discrète herniation discale médiane L4-L5, de syndrome d'apnées du sommeil (SAOS) léger non traité, de déchirure intra-substantielle de la corne postérieure du ménisque interne, sans claire déchirure. Il présentait aussi un trouble de l'adaptation avec symptômes anxiodépressifs, un trouble de la personnalité dyssociale et impulsive, trouble de la compréhension selon un entretien téléphonique avec le Centre de psychiatrie P. _____, ainsi que des épicondylites récurrentes. Sans effet sur la capacité de travail apparaissait une dyspnée de stade II sur déconditionnement.

Dans ce rapport, le Dr W. _____ indiquait que l'assuré souffrait de lombalgies basses depuis plus de 10 ans et avait présenté à

plusieurs reprises des blocages lombaires sur port de charges dans le contexte professionnel, la dernière fois en mai 2014. L'assuré l'avait consulté en mars 2015 en raison de la persistance des lombalgies et de la présence d'une lombosciatalgie droite. Un scanner réalisé en janvier 2015 était relativement superposable aux examens radiologiques précédents de 2005 et 2011 qui avaient mis en évidence une petite hernie discale médiane et paramédiane bilatérale en L4-L5, puis une protrusion discale médiane L4-L5 et une discopathie circonférentielle L5. En mai 2015, une décompensation des troubles psychologiques avait justifié la mise à l'arrêt de travail et le début d'un suivi psychiatrique. Concernant la capacité de travail, le Dr W._____ a renvoyé à l'appréciation du médecin rhumatologue et du psychologue en charge du suivi de l'assuré.

En sus des différents rapports de CT-scan et d'imagerie par résonance magnétique (IRM), le Dr W._____ a également adressé une copie d'un rapport établi le 17 août 2015 par le Dr S._____, médecin praticien, à l'attention de la Dre Z._____, spécialiste en rhumatologie. Dans ce rapport, le Dr S._____ posait le diagnostic de rachialgies chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique et psychique avec spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique de L5 et discopathies L5-S1 et L4-L5, ainsi que d'état anxiodépressif. L'assuré avait une longue histoire de rachialgies qui semblaient se décompenser depuis deux ans et demi, à la suite de l'arrêt de la pratique du fitness. Sur la base d'un examen rhumatologique et neurologique, le Dr S._____ concluait à des rachialgies chroniques dans le cadre d'un déconditionnement avec lésion structurale de base et de nombreux facteurs comportementaux aggravant la situation. Un reconditionnement ambulatoire était illusoire mais un programme hospitalier était proposé.

Dans un rapport du 25 février 2016, la Dre Z._____ a retenu les diagnostics incapacitants de rachialgies chroniques sur déconditionnement physique et psychique, de discopathies L4-L5 et L5-S1 et de spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique de L5. Sans se prononcer sur le pourcentage d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de

marbrier, la Dre Z._____ a fait état d'une incapacité à tout poste en raison des rachialgies et du contexte dépressif très sévère.

Dans un rapport du 7 mars 2016, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue G._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, présent depuis mai 2015 et ayant une incidence sur la capacité de travail. La symptomatologie dépressive s'était légèrement améliorée depuis l'introduction d'un traitement antidépresseur. L'activité habituelle n'était toutefois plus exigible. La reprise progressive d'une activité adaptée était envisageable, mais son succès dépendrait de l'évolution de l'épisode dépressif. Une somatisation ne pouvait être exclue. L'activité adaptée devait tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles ressenties par l'assuré, difficultés dans la gestion des émotions et des tâches administratives, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne en raison de troubles du sommeil, et difficultés dans la reconnaissance de sa maladie. Les capacités de concentration, d'adaptation au changement et mnésiques de l'assuré étaient limitées.

Dans un rapport du 10 mars 2016, le Dr S._____ a exposé que l'assuré avait suivi un programme de réentraînement musculaire en milieu hospitalier du 4 au 7 janvier 2016. Le programme avait été interrompu lorsque l'assuré avait présenté des idées suicidaires et refusé de consulter un psychiatre. L'assuré souffrait toujours de rachialgies chroniques avec de nombreux facteurs comportementaux ainsi qu'un état dépressif avec des idées suicidaires. Actuellement, le Dr S._____ ne pouvait se prononcer au sujet des capacités sur le plan physique de son patient, au vu de restrictions psychiques qui prédominaient. Des possibilités de mesures de réadaptation existeraient une fois que la situation psychiatrique serait stabilisée.

Le 19 avril 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement à l'endurance du 18 avril au 17 juillet 2016 auprès de Q._____. Travaillant initialement 2 heures par jour, en atelier poterie, il a augmenté, encore durant le mois d'avril 2016,

sa présence quotidienne à 2 heures et demie. Il s'est toutefois retrouvé confronté à d'importantes douleurs dorsales, malgré l'alternance des positions assises et debout. A l'issue de cette première mesure, la qualité de son travail avait été jugée assez bonne et l'objectif fixé dans cet espace de travail considéré comme atteint (rapport de suivi du 12 juillet 2016). Lors de l'entretien de bilan de la mesure, la situation restait très délicate, l'assuré demeurait très fragile et présentait toujours des idées suicidaires (procès-verbal d'entretien du 12 juillet 2016). L'OAI a décidé de prolonger la mesure pour une durée de trois mois, jusqu'au 2 octobre 2016 (communication du 14 juillet 2016). L'assuré était toujours confronté à des douleurs dorsales, mais était cependant régulier et matinal. L'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'entraînement progressif auprès de N._____, soit une structure moins soutenante avec des travaux plus proches de l'économie, pour lui permettre de définir ses réelles possibilités et de poursuivre sa réinsertion (proposition/bilan de mesure de réadaptation et communication du 10 octobre 2016). A l'issue d'un premier mois d'activité auprès de N._____, l'assuré avait réalisé quelques progrès au niveau de l'intégration, mais demeurait très plaintif et n'arrivait pas à augmenter son temps de présence. L'OAI s'était en outre entretenu avec la psychologue L._____, laquelle avait indiqué que l'assuré souffrait actuellement d'une dépression réactionnelle vis-à-vis des douleurs et des tensions familiales. La situation était alors sous contrôle (bilan de la mesure de réinsertion du 16 novembre 2016).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a considéré, dans un avis du 19 octobre 2016, que l'atteinte psychiatrique attestée par les médecins de l'assuré était suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail de longue durée, l'atteinte ostéoarticulaire restant au deuxième plan. Il y avait lieu d'interpeller les médecins traitants sur l'évolution de la situation depuis mars 2016.

Dans un rapport du 19 janvier 2017, le Dr F._____ et la psychologue L._____ ont fait état d'une évolution stationnaire depuis le dernier rapport du 7 mars 2016. L'assuré était toujours incapable de travailler à 100 %, mais son activité auprès de N._____ lui était

bénéfique. Il présentait une fatigabilité élevée, des troubles de l'attention et de la concentration, une faible tolérance aux changements et aux facteurs de stress. Le pronostic restait réservé au vu de la persistance de la symptomatologie dépressive de l'intéressé. Les limitations fonctionnelles importantes sur le plan physique péjoraient également la symptomatologie de l'assuré.

L'OAI a décidé de prolonger la mesure d'entraînement à l'endurance jusqu'au 28 février 2017, afin de permettre au médecin traitant de l'assuré de prendre contact avec un centre de la douleur, compte tenu des plaintes douloureuses émises par l'intéressé qui ne correspondaient pas au discours de ses médecins. L'intéressé a été informé de l'arrêt de la mesure à l'occasion du bilan final qui s'est tenu le 21 février 2017. Lors de ce bilan, la mauvaise volonté de l'assuré a été relevée ; celui-ci se montrait nonchalant, colérique et parfois violent, se plaignait du dos et se disait incapable de travailler. Durant les cinq mois qu'avait duré la mesure, il n'avait fait aucun progrès. L'OAI a décidé de ne pas poursuivre la mesure, laquelle ne menait nulle part (note d'entretien du 21 février 2017).

Dans un rapport du 19 septembre 2017, le Dr W._____ a complété ses diagnostics par ceux de dépression chronique d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.8) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a indiqué que depuis son dernier rapport, l'évolution était marquée par un échec de toutes les mesures mises en place sur le plan rhumatologique. La situation psychiatrique actuelle empêchait la réinsertion de l'assuré, même dans une activité adaptée sur le plan somatique. L'activité habituelle n'était plus exigible du point de vue rhumatologique. L'assuré était inapte pour toute réinsertion en raison de ses problèmes psychiques. Se référant à un certificat établi le 19 septembre 2017 par la Dre Z._____, le Dr W._____ a précisé que les limitations fonctionnelles rhumatologiques, valables depuis le 20 janvier 2017, avaient trait aux rotations-flexions-extensions du rachis, aux positions debout ou assise prolongées, au port répétitif de charges de plus de 2 kg et à la marche en terrain accidenté.

Dans un rapport du 6 octobre 2017, le Dr F._____ a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile type impulsif et narcissique (F61), de dépression chronique d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.8) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Le tableau clinique était le même que précédemment décrit, soit une symptomatologie dépressive très présente avec une thymie abaissée, une perte d'espoir pour le futur, une irritabilité, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une fatigue importante et des troubles du sommeil. L'assuré était incapable de travailler dans toute activité. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr F._____ a évoqué une faible tolérance au stress exacerbée lorsque l'intéressé était confronté à ses limitations somatiques, ce qui engendrait une irritabilité marquée et une péjoration de la symptomatologie dépressive, ainsi qu'une importante fatigabilité et l'absence d'acceptation de la critique.

Le 14 février 2018, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont le mandat a été attribué par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P à la Clinique T._____ (ci-après : la Clinique T._____). Il en a informé la permanence auprès de laquelle l'assuré était suivi au niveau psychique, requérant qu'elle mette à disposition des experts les résultats d'examen et autres documents en sa possession, ce qu'elle a fait le 2 mars 2018.

L'assuré a été examiné le 26 mars 2018 par les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, et H._____, spécialiste en rhumatologie, ainsi que le 29 mars 2018 par la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport final du 24 avril 2018, contenant les rapports de chacun des médecins ainsi qu'une évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgie chronique (M54.5), de spondylolisthésis de L5 sur S1, de lyse isthmique bilatérale de L5 (M43.16) et de discopathie L4-L5 (M51.2) avec protrusion discale médiane. L'experte psychiatre a en outre retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif présent depuis jeune adulte

(F60.30) et de syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Les experts ont constaté des incohérences au cours de l'anamnèse et de leurs examens cliniques ; ils ont considéré que la pathologie psychiatrique n'était manifestement pas grave et que l'intensité des plaintes douloureuses devait plutôt être considérée comme une majoration. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions une fois par heure, évitant les postures en flexion antérieure du rachis et ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 10 kg de façon répétée. Ils ont estimé que le pronostic en termes de retour dans l'économie était mauvais, en raison de facteurs contextuels et non en raison de l'atteinte à la santé.

Interpelé par l'OAI, le Dr A. _____ a précisé que l'assuré était incapable d'exercer son activité antérieure depuis le début de son incapacité de travail en raison de ses lombalgies, étant relevé que le début de cette incapacité différait selon les sources et se situait entre mai et août 2014. Il a ajouté que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le dépôt de sa demande AI, en octobre 2015. Depuis lors, les conditions étaient réunies pour entreprendre une réadaptation, en l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant et au vu des diagnostics somatiques retenus (compléments d'expertise des 15 mai et 5 juin 2018).

Sollicité pour avis, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'argument pour s'écarter des appréciations des experts ; l'expertise réalisée dans les règles de l'art était probante (avis du 5 juillet 2018).

Dans un projet de décision du 28 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, au motif qu'il ne présentait pas un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir un droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

Le 17 janvier 2019, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité, contestant les conclusions de l'experte psychiatre au moyen d'un rapport du 5 décembre 2018 des Drs F._____ et B._____, médecin assistant. Dans ce rapport, les médecins contestaient les diagnostics psychiatriques retenus par l'experte, leur incidence sur la capacité de travail et l'exclusion des diagnostics qu'ils avaient eux-mêmes posés.

Une copie de ce rapport a été adressé à la Dre V._____, laquelle a expliqué, dans un avis du 12 mars 2019, que le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif depuis jeune adulte, n'avait pas empêché l'assuré de travailler et n'avait nécessité à aucun moment une prise en charge hospitalière, signe de l'absence de gravité suggérant une éventuelle décompensation. Le jour de l'expertise, le trouble était compensé. Elle avait en outre exclu les traits narcissiques de personnalité, compte tenu de l'absence de signe de prestance, d'arrogance, d'égoïsme, de sens grandiose de son importance, de volonté d'être admiré à tout prix ou d'être supérieur. Quant à la dépression récurrente, elle était en rémission depuis plusieurs semaines au jour de l'examen, ce qui ressortait du status détaillé et était confirmé par le score de 13 points à l'échelle de dépression de Hamilton. La compliance à la médication antidépressive était manifestement irrégulière. Le status clinique, le fonctionnement au quotidien, les loisirs et le réseau social de l'assuré infirmaient la présence des symptômes dépressifs majeurs ou d'une pathologie psychiatrique sévère, dans la mesure où le suivi psychiatrique était mensuel et la médication psychotrope régulière n'était plus d'actualité.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 16 avril 2019, les Drs F._____ et B._____ ont posé les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Ils ont indiqué que l'assuré était vu à raison d'une fois par mois depuis le 1^{er} janvier 2018, qu'il n'y avait pas de traitement psychotrope, que le suivi avait débuté en juillet 2015, que les limitations

fonctionnelles étaient dues à la difficulté d'adaptation, à l'impulsivité, aux traits narcissiques et aux douleurs de l'assuré. Ils ont ajouté que l'assuré ne pouvait pas assumer une activité adaptée à 100 % en raison d'une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, en raison de ses capacités d'anticipation réduites avec éclats de colère et risque important de violence et en raison d'un comportement inadapté et durable.

Le SMR a considéré, dans un avis du 24 juillet 2019, que ces derniers rapports n'apportaient pas d'éléments objectifs susceptibles de changer la position exprimée dans sa dernière appréciation du 5 juillet 2018. Les conclusions de l'expertise multidisciplinaire réalisée par la Clinique T._____ étaient convaincantes et probantes.

Par décision du 6 décembre 2019, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision. Dans un courrier explicatif du même jour, l'OAI a indiqué qu'il confirmait son appréciation initiale concernant la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, au vu des éléments énoncés dans la prise de position des experts et du SMR dont une copie était communiquée en annexe audit courrier.

B. Par acte du 24 janvier 2020, M._____ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, de manière subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a expliqué que, de l'avis de ses médecins, les éléments ressortant du rapport d'expertise n'étaient plus d'actualité, sa santé s'étant dégradée depuis lors. Il a ajouté qu'il adresserait les rapports de ses médecins l'attestant, dès qu'il serait en leur possession.

Par décision du 8 décembre 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 26 novembre 2020 et a

notamment obtenu la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Amandine Torrent.

Par réponse du 20 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que le recourant n'avait produit aucun rapport à l'appui de ses allégations. Il a de surcroît renvoyé au rapport d'expertise et aux avis du SMR, relevant encore que les experts avaient fait état de facteurs contextuels qui empêcheraient le recourant de reprendre une activité, mais que ceux-ci sortaient du cadre de l'assurance-invalidité et ne pouvaient être pris en compte.

Se déterminant le 25 mars 2021, le recourant, désormais représenté par son conseil, a précisé ses conclusions tendant à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} mai 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise puis nouvelle décision. Le recourant a contesté la force probante du volet psychiatrique de l'expertise qui était lacunaire et contredit par le rapport du Dr F. _____ du 5 décembre 2018 ainsi qu'un rapport établi le 1^{er} mars 2021 par le Dr F. _____ et la Dre C. _____, médecin assistante. Dans ce dernier, les praticiens confirmaient les diagnostics posés précédemment, précisant que l'épisode dépressif était jugé comme moyen lors de l'entretien du 18 janvier 2021. Ils considéraient que l'avis du 5 décembre 2018 était toujours fondé. La Dre C. _____ précisait qu'il lui avait fallu plusieurs entretiens pour apprécier la situation de l'assuré. Le tableau clinique était fluctuant et si l'assuré ne présentait pas à chaque entretien un tableau de dépression moyenne, les périodes d'amélioration étaient incomplètes, limitées dans le temps et ne suffisaient pas à permettre un engagement dans une activité professionnelle. L'incapacité de travail était donc totale. Des échelles de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) avaient révélé un score de 31 le 20 août 2020 et de 34 le 22 février 2021. Le recourant a encore produit un rapport du 13 janvier 2021 du Dr W. _____, dans lequel celui-ci indiquait que l'assuré souffrait de lombalgies récurrentes dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis lombaire et d'une déchirure complète de l'insertion proximale fémorale du

ligament collatéral médial à la suite d'une glissade survenue le 14 août 2020.

Dupliquant le 28 avril 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions et renvoyé à l'avis du SMR du 24 juillet 2019.

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 de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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 des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

c) 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).

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).

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).

4. Le requérant conteste la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire, réalisé par la Dre V._____. Il se fonde sur deux rapports, l'un établi le 13 janvier 2021 par le Dr W._____ et l'autre établi le 1^{er} mars 2021 par les Drs F._____ et C._____, qui font état d'une inaptitude au travail pour des raisons tant psychiques que somatiques.

Se référant aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, l'OAI considère pour sa part que le recourant est capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Sur le plan somatique, les experts A._____ et H._____ retiennent, dans leur rapport du 24 avril 2018, les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de lombalgie chronique (M54.5), de spondylolisthésis de L5 sur S1, de lyse isthmique bilatérale de L5 (M43.16) et de discopathie L4-L5 (M51.2) avec protrusion discale médiane. Se fondant sur l'anamnèse et leurs examens cliniques, ils relèvent des discordances entre la clinique et les plaintes douloureuses. Au terme de leurs examens, ils estiment que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée permettant l'alternance de positions une fois par heure, évitant les postures en flexion antérieure du rachis et ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 10 kg de façon répétée. Ils considèrent que le pronostic en termes de retour dans l'économie est mauvais, non pas en raison de l'atteinte à la santé, mais en raison de facteurs contextuels.

L'appréciation des experts est corroborée par les pièces du dossier. On observera d'abord que les diagnostics retenus par les experts sont superposables à ceux des médecins traitants. En effet, tandis que, dans son rapport du 28 juin 2016, le Dr W._____ retient des lombalgies basses et une lombosciatalgie droite, le Dr S._____ fait état, dans un rapport du 17 août 2015, de rachialgies chroniques dans le cadre d'un déconditionnement avec spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique de L5 et discopathies L5-S1 et L4-L5. Ces diagnostics sont en outre objectivés par les résultats des imageries réalisées en 2015 mettant en évidence une protrusion discale médiane L4-L5 et une discopathie circonférentielle L5, soit une situation analogue à celle de 2005. S'agissant des limitations fonctionnelles, celles constatées par les experts sont comparables avec celles dont la Dre Z._____ fait état dans un rapport du 19 septembre 2017, en tant qu'elles concernent l'épargne du rachis, l'alternance des positions et le port de charges. Au demeurant, tout comme les experts, la

Dre Z._____ relève une discordance entre les plaintes émises par le recourant et ses constatations, dans son rapport du 3 février 2017 (produit le 2 mars 2018). Ces incohérences sont également constatées lors de la mesure d'entraînement à l'endurance auprès de N._____ ; l'assuré fait alors preuve d'endurance et d'une force physique importante, se rend même dans les locaux à vélo, tout en se plaignant d'importantes douleurs dorsales.

L'appréciation des experts n'est au surplus pas remise en cause par les rapports dont le recourant se prévaut. En effet, si le Dr W._____ retient une progression des atteintes dégénératives au niveau de la discopathie L5-S1 et de l'arthrose facettaire L4-L5, mise en évidence en septembre 2020, il ne modifie toutefois pas l'appréciation qu'il a faite de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles de l'assuré (cf. rapport du 13 janvier 2021). Le Dr W._____ signale encore des cervicobrachialgies droites apparues au cours de l'année 2020 ainsi qu'une atteinte au genou droit consécutive à une chute sur sol mouillé en août 2020. Il s'agit-là de nouvelles atteintes qui n'ont pas à être examinées dans le cadre du présent recours (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Ainsi, du point de vue somatique, rien ne permet de douter des conclusions des experts de la Clinique T._____, dont les volets de médecine interne et de rhumatologie peuvent se voir conférer une pleine valeur probante dès lors qu'ils remplissent tous les réquisits jurisprudentiels (cf. consid. 3c ci-dessus).

b) Sur le plan psychiatrique, l'experte V._____ s'est exprimée à deux reprises, une première fois dans un rapport du 29 mars 2018, joint au rapport d'expertise consensuel du 24 avril 2018, et une seconde fois le 12 mars 2019.

Dans son rapport, l'experte écarte tout diagnostic invalidant et retient les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, présent depuis jeune adulte (F60.30) et de syndrome

de dépendance au tabac, utilisation continue (F17.25), sans incidence sur la capacité de travail. Sur la base de son examen clinique du 29 mars 2018, lors duquel elle exclut tout trouble psychiatrique incapacitant, et au terme de l'expertise consensuelle, elle conclut que le recourant est capable de travailler dans une activité adaptée dès le dépôt de sa demande de prestations auprès de l'intimé.

Si l'experte évalue certes l'état de santé du recourant au moment de son examen, au cours duquel elle constate une personne tonique, sans signe de fatigabilité, ni ralentissement psychomoteur ou signe de la lignée dépressive, elle n'est finalement en mesure de se prononcer que sur la capacité de travail de l'intéressé au moment de l'expertise. Elle ne peut toutefois se prononcer de manière rétrospective sur l'évolution de la capacité de travail de l'assuré en se fondant sur ses seules constatations cliniques, sans examiner les rapports établis antérieurement par les médecins traitants.

Ainsi, tandis que l'experte relève, dans son complément du 12 mars 2019, que le trouble dépressif est compensé depuis plusieurs semaines, elle ne détaille pas l'évolution de ce trouble au fil des ans et son incidence sur la capacité de travail. Elle n'examine en outre pas le rapport du 7 mars 2016 dans lequel le Dr F. _____ et la psychologue G. _____ évoquent un épisode dépressif sévère présent depuis le mois de mai 2015. Dans ce rapport, le Dr F. _____ et la psychologue G. _____ constatent pourtant des signes de la lignée dépressive avec des idées suicidaires, une symptomatologie anxieuse avec ruminations et tensions internes importantes, une importante réactivité à toute contrariété, une aboulie et une anhédonie, une importante fatigue, une thymie triste et des pleurs fréquents. Ils précisent que si la symptomatologie s'était légèrement améliorée avec le traitement antidépresseur, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis 2015. Une reprise progressive de l'activité n'était pas exclue, sans que les modalités ne soient détaillées. En dépit de ce rapport, l'experte psychiatre ne se prononce pas *a posteriori* sur cette symptomatologie, sur l'incapacité de travail attestée par son confrère ni sur l'éventuelle évolution de celle-ci dans le temps. L'experte n'indique

pas non plus les raisons pour lesquelles elle s'écarte de l'avis du psychiatre traitant pour la période en question, alors même que le SMR admet que l'atteinte psychiatrique présentée alors par l'assuré était suffisamment grave pour justifier une incapacité de travail de longue durée (avis du 19 octobre 2016).

L'experte omet également d'analyser l'évolution de la situation jusqu'à la fin de l'année 2016, voire le début de l'année 2017, lorsque la psychologue L. _____ évoque une dépression réactionnelle vis-à-vis des douleurs et des tensions familiales. L'assuré est à ce moment-là au bénéfice d'une mesure de réinsertion qui a bien débuté, celui-ci s'intégrant petit à petit à l'équipe de travail et étant motivé et impliqué. Cette mesure se termine toutefois dans des conditions moins favorables, les encadrants étant soulagés que la mesure prenne fin compte tenu du comportement de l'assuré qui se montre alors nonchalant, colérique et parfois violent (note d'entretien du 21 février 2017). Cela étant et alors que l'experte constate que le trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif n'a pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2013, elle attribue son attitude durant la mesure à un manque de volonté de sa part, sans justifier plus avant son appréciation. L'experte ne se prononce par ailleurs pas non plus sur la rigidification des capacités d'adaptation évoquée par les Drs F. _____ et B. _____ dans leur rapport du 5 décembre 2018, qui s'illustre selon eux dans l'échec des différentes mesures professionnelles entamées par l'assuré. L'experte n'examine ainsi pas de manière convaincante ce changement de comportement ni son lien éventuel avec le trouble de la personnalité diagnostiqué, et n'en tire aucune conclusion concernant la capacité de travail.

En conséquence, il apparaît que le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire n'est pas complet et ne saurait revêtir une pleine valeur probante. En effet, si les conclusions de l'experte psychiatre peuvent être considérées comme convaincantes dès son examen clinique du 29 mars 2018, elles ne peuvent être étendues à la période antérieure à celui-ci à défaut d'avoir examiné ou écarté les pièces au dossier relatives à cette période.

Les rapports des 5 décembre 2018 et 1^{er} mars 2021 du Dr F._____ ne permettent au surplus pas de suppléer aux manquements de l'expertise et ne sont pas suffisants pour statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Ces rapports n'apparaissent pas suffisamment complets et ne se prononcent pas non plus de manière précise sur l'évolution de la situation depuis 2015. Le Dr F._____ ne tire pas davantage de conclusion du fait qu'en mars 2018, la vie sociale et le quotidien de l'assuré semblent peu influencés par un quelconque trouble psychique, comme le constate l'experte lors de son examen. Enfin, les tests à l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) réalisés en août 2020 et février 2021, dont fait état le Dr F._____ dans son rapport du 1^{er} mars 2021, sont postérieurs à la décision entreprise et ne peuvent en conséquence pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Cela étant, les résultats obtenus auraient quoi qu'il en soit dû être interprétés avec prudence, dès lors qu'il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation révélant par définition les impressions subjectives de l'assuré.

c) En définitive, il s'avère que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra dans ce cadre de recueillir de plus amples informations auprès des psychiatres traitants de l'assuré, cas échéant de mettre en œuvre un complément d'expertise psychiatrique permettant d'établir la capacité de travail pour la période antérieure à l'expertise de la Dre V._____, afin de statuer à nouveau sur le droit aux prestations du recourant. A cette occasion, l'OAI instruira également les nouvelles atteintes somatiques de l'assuré au genou gauche et au poignet droit.

5. **a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office, au vu de la liste des opérations produites par Me Torrent le 28 juin 2021. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 6 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la

cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité d'un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Amandine Torrent (pour M. _____),
- 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 :