

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 décembre 2021

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges  
Greffière : Mme Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Marine Girardin, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais d'origine russe, né en [...], est entré en Suisse en 2010. Sans formation professionnelle, il a exercé l'activité d'agent d'entretien dès juillet 2013.

En incapacité totale de travail à partir de juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) en date du 24 novembre 2014, motif pris d'une « hernie discale ».

Selon une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire réalisée le 18 juin 2014, l'assuré présentait une petite hernie discale L5-S1 paramédiane latérale droite luxée légèrement vers le bas, comblant partiellement le récessus latéral droit et comprimant la racine L5 droite. L'assuré présentait également une légère arthrose postérieure L4-L5 avec sclérose de surcharge au niveau de l'os cortical sous-chondral des articulaires postérieures au niveau L5-S1.

Dans un questionnaire à l'attention de l'Office AI, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, a indiqué, en date du 11 décembre 2014, que l'assuré souffrait d'une discopathie L5-S1 herniaire non déficitaire. Ses restrictions consistaient en une limitation de la station debout, port de charges (5kg), escaliers, échelles et marche sur terrain accidenté. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. L'assuré pouvait reprendre au taux de 80 % dès le 1<sup>er</sup> février 2015 dans un poste adapté (postures variées, pas de port de charges de plus de 5kg et pas de rotation du tronc).

Sur mandat d'A.\_\_\_\_\_ (ci-après : A.\_\_\_\_\_), assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a réalisé une expertise de l'assuré et rédigé le rapport corrélatif le 25 mars 2015. Ce praticien a retenu le diagnostic de « syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou

déficitaire » avec « minime discopathie et protrusion discale L4-L5 » se répercutant sur la capacité de travail, en sus d'une « gonalgie droite sans signe méniscal ou ligamentaire » dénuée d'incidence sur dite capacité. Il a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 60 % dans son activité habituelle de nettoyeur, mais était doté d'une capacité de travail de 100 % depuis fin 2014 dans une activité « sans mouvements et port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 à 15kg de manière répétée ».

Informé de la prise en charge psychiatrique de l'assuré par la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à compter du mois de mai 2015, l'Office AI a sollicité un rapport de cette dernière. Le 31 août 2015, elle a indiqué avoir diagnostiqué un « épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique », un « trouble anxieux » et un « probable syndrome douloureux somatoforme persistant ». Elle avait prononcé une incapacité totale de travail depuis le 12 mai 2015 (cf. rapport médical du 31 août 2015).

A.\_\_\_\_\_ a requis une expertise psychiatrique de l'assuré auprès de la Clinique [...], laquelle a fait procéder à un examen clinique le 25 août 2015 et établi son rapport le 28 septembre 2015 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aucun diagnostic, ni aucune limitation fonctionnelle du registre psychique n'étaient retenus aux termes dudit rapport.

Dans l'intervalle, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dès août 2015. Ce praticien a préconisé une infiltration L5-S1 réalisée au sein de la Clinique de [...] et relevé, par rapport du 18 décembre 2015, la persistance d'un « syndrome lombo-vertébral bilatéral prédominant à droite au niveau lombaire, ne cédant que partiellement à la position allongée et témoignant très vraisemblablement de la persistance de la hernie discale foraminale ». Il a suggéré de procéder à un contrôle ultérieur par le biais d'une IRM.

Cette IRM a été réalisée le 16 mars 2016 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et neuroradiologie diagnostive et invasive, lequel a constaté un « aspect IRM inchangé d'une hernie discale foraminale L5-S1 droite entrant en contact avec la racine L5 droite ».

Interpellée par l'Office AI, la Dre P.\_\_\_\_\_ a expliqué en date du 22 mars 2016 que d'un point de vue psychique, l'assuré préservait probablement une capacité de travail de 50 % dans une activité non physique au vu de ses problèmes physiques en premier lieu, mais aussi de l'état anxiodépressif.

Questionnée par l'Office AI, le Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait d'une hernie discale L5-S1 paramédiane latérale droite luxée vers le bas comprimant la racine L5 droite, d'une arthrose postérieure L4-L5, d'un trouble dépressif chronique moyen à sévère avec syndrome somatique (F31.11) et d'un trouble anxieux. Ses limitations consistaient en un trouble de la concentration, un trouble du sommeil, une angoisse récurrente, une difficulté à se mouvoir, une incapacité à porter des charges, une incapacité à lacer ses chaussures et porter des commissions. Selon ce praticien, l'activité adaptée devait être une activité assise sans mouvement de porte à faux, à raison de 2h par jour (cf. rapport du 7 septembre 2016).

Par rapport du 25 janvier 2017, la Dre C.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré souffrait d'une hypothyroïdie substituée.

Le 7 mars 2017, l'assuré a subi une hémilaminectomie L5-S1 droite et une foraminotomie au sein de l'Hôpital de la [...].

Le Service médical régional de l'Office AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a rendu un avis le 25 avril 2017 sur le cas de l'assuré. Il a considéré que les résultats de l'IRM effectuée le 16 mars 2016 étaient superposables à ceux mis à jour en 2014 et que l'assuré était susceptible de mettre à profit

une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (activité légère, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges de plus de 5 à 7kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables) depuis mars 2015.

Par projet de décision du 27 avril 2017, l'Office AI a informé l'assuré de ses intentions de lui nier le droit à une rente d'invalidité compte tenu du fait qu'une activité adaptée était possible à 100 % dès mars 2015.

L'assuré a contesté ce projet par écriture de son avocat du 23 mai 2017, mettant en évidence l'aggravation de son état de santé qui avait rendu nécessaire l'intervention chirurgicale du 7 mars 2017. Il a conclu à la poursuite de l'instruction de son dossier en vue de fixer à nouveau sa capacité de travail avant l'examen de son droit aux prestations.

L'Office AI a rendu sa décision sur le fond le 19 juin 2017 et prononcé un refus de rente d'invalidité.

**B.** L'assuré, assisté de son mandataire, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 18 août 2017. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision précitée et au renvoi de la cause à l'Office AI.

L'Office AI a produit sa réponse au recours le 25 septembre 2017, concluant à son rejet et soulignant qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, survenue en mars 2017, ne pouvait avoir d'incidence sur le droit aux prestations que postérieurement à la décision litigieuse.

L'assuré a déposé un mémoire complémentaire le 18 octobre 2017, dans lequel il a contesté la valeur probante des expertises versées au dossier constitué par A.\_\_\_\_\_, reprenant au surplus les conclusions initialement déposées et requérant la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique.

L'Office AI a dupliqué le 29 novembre 2017, se référant à un nouvel avis du SMR du 21 novembre 2017, dans lequel le Dr T.\_\_\_\_\_ proposait l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique, psychiatrique et de médecine interne) de l'assuré.

Par écriture du 9 janvier 2018, l'assuré a communiqué son aval avec la mesure d'instruction suggérée par l'Office AI, respectivement le SMR.

Par arrêt du 28 avril 2018 (CASSO AI 252/17 - 121/2018), la décision rendue le 19 juin 2017 par l'Office AI a été annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire.

**C.** Interpellée par l'Office AI, la Dre P.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11), d'un trouble anxieux (F41.9) et d'un trouble de la personnalité anankastique et anxieuse (E.61.0) (cf. rapport du 2 août 2018).

Quant à la Dre C.\_\_\_\_\_, elle a expliqué à l'Office AI que l'assuré souffrait de radiculalgies L5/S1 et d'un status post-opération de décompression (hémilaminectomie L5/S1 droite et foraminotomie) (cf. rapport du 23 août 2018).

L'Office AI a confié le mandat de l'expertise pluridisciplinaire à la W.\_\_\_\_\_ (ci-après : W.\_\_\_\_\_). Les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et F.\_\_\_\_\_,

spécialiste en neurologie, ont communiqué leur expertise consensuelle le 26 février 2019, de laquelle il ressort notamment ce qui suit :

#### « 4. Évaluation consensuelle

##### 4.1. Évaluation médicale interdisciplinaire

Depuis juin 2014, l'assuré se plaint de l'apparition sans facteur déclenchant de lombalgies irradiant dans le membre inférieur droit s'accompagnant de troubles sensitifs et d'un manque de force global du membre inférieur droit. Plusieurs IRM ont été pratiquées montrant une petite protrusion/hernie discale paramédiane et latérale droite susceptible d'irriter la racine L5 droite. De nombreux avis médicaux ont été pris auprès de neurologues, rhumatologues, neurochirurgiens et spécialistes avec échec des différents traitements proposés. La Dre V. \_\_\_\_\_ a finalement procédé le 07.03.2017 à une cure de hernie discale L5-S1. Les plaintes n'ont pas été améliorées par ce geste, ni par la reprise des différentes thérapeutiques comme la physiothérapie intensive et les infiltrations péri-durales L5-S1. La symptomatologie, est au contraire décrite comme aggravée. Tout récemment le 21.01.2019, un stimulateur épimédullaire externe a été mis en place sans modification significative de la symptomatologie. L'examen clinique de rhumatologie est pauvre, ne retrouvant pas de raideur lombaire et est surtout marqué par des lâchages et des autolimitations. La relecture de l'imagerie lombaire nous fait conclure à une discopathie L5-S1 avec une protrusion discale. Il n'est pas objectivé d'élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une autre pathologie ostéo-articulaire pouvant expliquer la persistance des plaintes et l'échec de tous les traitements proposés. Nous concluons à des lombalgies droites chroniques d'étiologie indéterminée et, l'intervention chirurgicale n'ayant apporté aucune amélioration à un failed back surgery syndrome.

Du point de vue neurologique, notre examen s'est déroulé trois jours après la mise en place du stimulateur épimédullaire. L'assuré est très démonstratif et difficilement examinable. Il n'est pas noté d'amyotrophie ni d'anomalie des réflexes ostéotendineux alors que le testing de la force musculaire est caractérisé par des lâchages et une apparente paralysie distale du membre inférieur droit avec une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit accompagnée de troubles sensitifs profonds majeurs et atypiques. L'ENMG n'a pas montré de signe d'atteinte neurogène périphérique significatif de L3 à S1, avec une analyse aux mouvements peu probante en raison de lâchages et de contractions musculaires insuffisantes. Les 6 IRM lombaires à disposition ont été relues. Les examens préopératoires montrent une petite protrusion/hernie discale L5-S1 paramédiane et latérale droite, entrant apparemment en contact avec la racine L5 droite, toutefois sans interruption radiculaire à la myélo-IRM. Les examens neuroradiologiques pratiqués en post-opératoire ont montré une évolution favorable après cure de hernie discale, avec régression de la protrusion/hernie discale et persistance d'une petite fibrose post-opératoire en fait banale.

Au vu de ces éléments, s'il n'est pas possible d'exclure totalement une petite composante irritative aux douleurs rapportées par Monsieur R. \_\_\_\_\_, on ne peut cependant expliquer l'intensité du tableau douloureux et les limitations rapportées par l'assuré. Nous retenons donc le diagnostic de lombosciatalgies droites sans substrat somatique clairement objectivable.

Du point de vue médecine interne, à noter que l'expertisé a une hypothyroïdie insuffisamment compensée (TSH prélevée lors de l'expertise trop élevée). Cette hypothyroïdie devrait être rapidement corrigée par

l'augmentation de la posologie de l'opothérapie et est de ce fait considérée comme sans répercussion sur la capacité de travail de Monsieur R. \_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, Monsieur R. \_\_\_\_\_ n'a pas d'antécédent. Il est pris en charge à partir de mai 2015 par la Dre P. \_\_\_\_\_ qui retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, de trouble anxieux et de probable syndrome douloureux somatoforme persistant. Par la suite, la psychiatre traitante mentionne également le diagnostic de trouble mixte de la personnalité anankastique et anxieuse. Le Dr J. \_\_\_\_\_, expert psychiatre de la Clinique [...] qui s'est entretenu avec l'assuré en août 2015, ne retient pour sa part aucun diagnostic psychiatrique significatif. Lors de notre examen, les plaintes psychiques rapportées sont relativement floues (tristesse, trouble de la concentration, troubles du sommeil) et au second plan des douleurs somatiques qui occupent le discours de Monsieur R. \_\_\_\_\_. Après notre entretien, nous retenons une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques devant la persistance du syndrome douloureux sans substrat organique retrouvé, la présentation démonstrative, dramatique et accusatrice de l'assuré (perd son temps avec certains médecins, neurochirurgiens qui ne veulent pas le réopérer malgré leur promesse). Nous nous distançons du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu par la psychiatre traitante pour les raisons développées dans l'expertise psychiatrique.

Nous retenons également le diagnostic d'épisode dépressif léger en raison du nombre et de la nature des éléments de la lignée dépressive avec un score MADRS à 19/60. Nous nous écartons à nouveau de l'avis de la psychiatre traitante, mais nous notons que dans ses rapports, la Dre P. \_\_\_\_\_ décrit surtout un patient en colère contre les assurances et les médecins avec un sentiment d'injustice, et les idées suicidaires qui ont fait retenir une intensité moyenne à sévère au trouble dépressif sont décrites, tout comme au cours de notre entretien, de manière assez floue et fluctuantes.

Par ailleurs, nous retenons le diagnostic de traits de personnalité narcissique chez un assuré se décrivant comme un cas complexe et compliqué, soigné par de grands médecins, qui cherche à diriger l'entretien d'expertise, invertissant les rôles avec l'expert. Cette présentation a été observée par tous les experts de [...]. Ces constatations ne sont pas compatibles avec le caractère anxieux, évitant et la baisse d'estime de soi décrits par la psychiatre traitante. Ces caractéristiques ne correspondent pas non plus à une personnalité anankastique : l'échange n'est pas régi par un souci du détail, Monsieur R. \_\_\_\_\_ veut imposer son point de vue dans une dynamique de distorsion relationnelle. Ces traits de personnalité, n'ont cependant pas valeur de maladie au vu de la capacité de l'assuré à s'intégrer et à développer des relations interpersonnelles satisfaisantes si l'on considère son anamnèse en globalité.

#### 4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Lombosciatalgies droites sans substrat somatique clairement objectivable M54.5
  - Status après cure de hernie discale L5-S1 médio-latérale droite, avec discret remaniement fibro-cicatriciel L5-S1 droit.
  - Failed back surgery syndrome.
- Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0
- Traits de personnalités narcissiques avec distorsion relationnelle Z73.1

- Hypothyroïdie

E03.9

#### 4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

En raison du status post-opératoire et de la petite fibrose cicatricielle L5-S1, il nous paraît prudent d'éviter toute activité physiquement lourde, le port régulier de charges de plus de 10 kg et favoriser une activité permettant les changements de position.

Le syndrome dépressif et les traits pathologiques de personnalité diminuent légèrement l'endurance, la concentration et la capacité à structurer et planifier une tâche.

#### 4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

L'expertisé dispose de traits de personnalité narcissiques avec un mécanisme de distorsion relationnelle qui joue un rôle important dans l'entretien des plaintes et dans son attitude de revendication.

#### 4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources adaptatives de Monsieur R. \_\_\_\_\_, au vu de sa bonne intégration, du développement de relations interpersonnelles satisfaisantes et des restrictions modérées en lien avec ses pathologies psychiatriques, sont jugées suffisantes. Il est par ailleurs soutenu par sa colocatrice (décrite comme sa compagne à certains experts) et dispose d'un réseau amical décrit comme restreint mais aidant (aide au ménage). On relève cependant que Monsieur R. \_\_\_\_\_, s'est installé depuis plusieurs années dans une dynamique de revendication, qu'il existe un déconditionnement et que l'expertisé ne dispose que de peu de compétences spécifiques. Enfin le renouvellement du permis B de l'expertisé est semble-t-il suspendu à la décision A1 ce qui ne peut qu'influencer négativement le vécu douloureux de l'expertisé.

#### 4.6. Contrôle de cohérence

Les limitations rapportées par Monsieur R. \_\_\_\_\_ ne sont pas explicables par des lésions anatomiques, avec des incohérences manifestes (capacité à rester debout deux heures par ex). Par ailleurs, ces limitations n'impactent pas de manière uniforme les différents domaines de la vie, l'expertisé étant en mesure de prendre le train pour aller consulter des médecins éloignés de son lieu de résidence, de faire des promenades, d'effectuer ses courses. Le dosage plasmatique des psychotropes effectué en cours d'expertise montre des taux bas justifiant un monitoring pour une éventuelle adaptation thérapeutique. En l'état, on ne peut conclure formellement au fait que l'assuré suive de façon correcte son traitement psychiatrique.

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

La capacité de travail dans l'activité de nettoyeur est nulle.

#### 4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est estimée à 80%.

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

La chirurgie vertébrale a été à l'origine d'une incapacité de travail totale d'au maximum 2 mois soit de mars à mai 2017. Depuis cette chirurgie,

l'activité habituelle de nettoyeur de l'expertisé qui s'effectue uniquement en station debout n'est plus considérée comme adaptée à son état de santé et sa capacité de travail du point de vue somatique est considérée comme nulle dans cette activité depuis mai 2017. En revanche, dans une activité adaptée et depuis la même date, la capacité de travail de Monsieur R. \_\_\_\_\_ est jugée entière du seul point de vue physique. Sur le plan psychiatrique, les pathologies objectivées sont considérées comme à l'origine d'une baisse de rendement de 20% dans toute activité depuis le début du suivi psychiatrique en mai 2015.

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

Pas de proposition thérapeutique des experts pour améliorer la capacité de travail. Concernant le traitement du syndrome douloureux, nous conseillons l'abstention de tout geste invasif dans ce contexte. L'absence d'amélioration des symptômes avec tout type de traitement devrait également faire envisager de repasser à la prescription d'antalgique de niveau I. »

**D.** Par projet de décision du 19 septembre 2019, l'Office AI a informé l'assuré qu'IL entendait refuser de le mettre au bénéfice de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité au motif qu'une capacité de travail à 80 % était reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter toute activité physiquement lourde, le port régulier de charges de plus de 10kg, favoriser une activité permettant les changements de position. Son degré d'invalidité fixé à 13.92 % étant inférieur à 40 %, il n'avait ainsi pas le droit à une rente.

L'assuré a objecté par courrier du 23 octobre 2019 et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bi-disciplinaire psychiatrique/neuropsychologique.

Par courrier du 12 février 2020, l'Office AI a estimé que le dossier était instruit de manière exhaustive si bien qu'un complément d'instruction sous forme de nouvelles expertises ne se justifiait pas. Par décision du même jour, l'Office AI a confirmé son projet du 19 septembre 2019, reprenant son argumentation.

**E.** Par acte du 19 mars 2020, R. \_\_\_\_\_, représenté par Me Marine Girardin, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2018, subsidiairement, au renvoi

de la cause à l'Office AI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire et nouvelle décision. En tout état de cause, il a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 16 mars 2020. En substance, il a argué que l'expertise pluridisciplinaire contenait des contradictions importantes et était insuffisamment motivée sur de nombreux points, était contredite par de nombreux autres spécialistes et que les exigences jurisprudentielles en matière de trouble somatoforme douloureux n'étaient pas respectées, l'évaluation consensuelle finale n'étant en outre pas réalisée par tous les experts. L'expertise pluridisciplinaire ne remplissait ainsi pas les exigences jurisprudentielles permettant de lui attribuer de valeur probante. Il a également reproché à l'Office AI d'avoir mal établi son revenu sans invalidité qui devait être de 60'000 francs. Au vu des rapports médicaux au dossier, sa capacité de travail étant de l'ordre de 50 % avec une diminution de rendement de 20 %, le taux d'invalidité était de 73,39 %, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. A l'appui de son recours, l'assuré a produit plusieurs pièces, dont des rapports des 19 octobre 2018, 16 janvier 2019 et 12 juin 2019 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, des rapports des 7 juin 2019 et 26 février 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, et des rapports des 24 juin 2019 et 11 février 2020 de la Dre P.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 19 mai 2020, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, en se fondant sur l'avis SMR du 13 mai 2020, lequel expliquait pour quelles raisons la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire n'était pas remise en cause. Il a ajouté, sur le plan économique, que même dans l'hypothèse où le revenu sans invalidité serait porté à un total annuel de 60'000 fr., il en résulterait un degré d'invalidité de l'ordre de 20 %. Certes, des limitations fonctionnelles supplémentaires devaient être retenues depuis la pose d'électrodes début 2019, mais il estimait que les activités du domaine de la production et des services offraient suffisamment de postes adaptés aux limitations de l'assuré et permettaient d'éviter tout effort de torsion, de flexion et d'extension excessive du tronc, de sorte que le calcul relatif au revenu avec invalidité devait être confirmé.

Le 15 juillet 2020, en réplique, l'assuré a maintenu ses précédentes conclusions. Sous bordereau de pièces complémentaires, il a produit un rapport du 22 mai 2020 de la Dre C. \_\_\_\_\_ et des attestations des 18 juin 2020 et 19 novembre 2020 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans sa duplique du 27 octobre 2020, produisant un avis du 20 octobre 2020 du SMR, auquel il se ralliait, l'Office AI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

Par déterminations des 20 novembre 2020 et 4 août 2021, l'assuré a produit un rapport du 25 janvier 2021 de la Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, un rapport du 9 juillet 2021 du Dr G. \_\_\_\_\_ et une attestation du 8 juillet 2021 du Dr B. \_\_\_\_\_.

Le 31 août 2021, l'Office AI, se fondant sur l'avis du 25 août 2021 du SMR, a maintenu sa position.

**F.** Par décision du 30 mars 2020, le Juge instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 mars 2020.

Me Girardin a produit la liste de ses opérations le 20 novembre 2020.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité et sur sa capacité de travail résiduelle.

**3.** 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 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 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2).

**b)** 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 et 125 V 351 consid. 3a).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ;

TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

**e)** 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).

**5. a)** En l'espèce, les experts W.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics suivants : lombosciatalgies droites sans substrat somatique clairement objectivable (status après cure de hernie discale L5-S1 médio-latérale droite, avec discret remaniement fibro-cicatriciel L5-S1 droit, *failed back surgery syndrome*) (M54.5) ; épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) ; majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ; traits de personnalités narcissiques avec distorsion relationnelle (Z73.1) ; hypothyroïdie (E03.9). Les experts ont ensuite estimé que les limitations fonctionnelles du recourant consistaient en tout activité physiquement lourde, port régulier de charges

de plus de 10kg, en précisant favoriser une activité permettant les changements de position. Le syndrome dépressif et les traits pathologiques de personnalité diminuaient légèrement l'endurance, la concentration et la capacité à structurer et planifier une tâche. La capacité de travail dans l'activité de nettoyeur était nulle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était estimée à 80 %.

**b)** Sur le plan somatique, l'expertise de la W. \_\_\_\_\_ offre une étude complète, effectuée *lege artis* du cas du recourant. Chaque spécialiste a procédé à une anamnèse complète, claire et détaillée du cas, rendu compte des plaintes et de l'évolution de celles-ci et procédé à un examen clinique.

Le recourant a notamment été examiné par l'experte K. \_\_\_\_\_ le 4 décembre 2018, laquelle a estimé que sa capacité de travail dans son ancienne activité était nulle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était toutefois estimée à 80 %, en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité physiquement lourde, pas de port régulier de charges de plus de 10kg, activité permettant les changements de position. L'experte a ensuite précisé que la pathologie dépressive était considérée comme à l'origine d'une baisse de performance de 20 % (cf. rapport d'expertise du 26 février 2019).

L'aspect rhumatologique a été investigué le 19 décembre 2018 par le Dr X. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 7 janvier 2019), lequel a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques d'étiologie indéterminée (M545) avec : discopathie L5-S1 et description d'une hernie discale médiane latérale droite foraminale à l'imagerie IRM ; hémilaminectomie L5-S1 droite et foraminotomie droite le 7 mars 2017 et *failed back surgery syndrome* (cf. *ibid.* pt 6a) p. 5). L'expert rhumatologue a noté que, d'un point de vue clinique, il n'y avait pas de déficit neurologique ou réflexe objectivé par la suite. L'évolution radiologique ne montrait également pas d'élément franchement nouveau ou susceptible d'expliquer la persistance des plaintes. Les limitations

fonctionnelles somme toute sévères rapportées par le recourant contrastaient avec l'absence de raideur importante et d'amyotrophie. Il ne pouvait expliquer sur le plan somatique/rhumatologique le contraste entre les plaintes majeures et l'examen clinique relativement pauvre hormis les multiples douleurs (cf. ibid. pt 6b) p. 5). La discopathie en elle-même voire la hernie discale n'expliquait pas de manière prépondérante la symptomatologie douloureuse ni les limitations fonctionnelles énoncées par le recourant (cf. ibid. pt 7.2 p. 6). Les limitations fonctionnelles sévères exprimées par le recourant contrastaient avec la possibilité d'utilisation des transports publics et n'expliquaient également pas que le recourant ne puisse maintenir une position assise, bien que cela ne mette pas en doute l'authenticité de ses plaintes (cf. ibid. pt 7.3 p. 6). D'un point de vue rhumatologique strict, il n'y avait pas de maladie ostéoarticulaire spécifique justifiant une incapacité de travail prolongée dans l'activité de nettoyeur, voire magasinier cariste (cf. ibid. pt 8a) p. 6).

Enfin, l'aspect neurologique a été investigué le 24 janvier 2019 par le Dr F.\_\_\_\_\_, lequel a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites sans substrat somatique clairement objectivable et status après cure de hernie discale L5-S1 médio-latérale droite, avec discret remaniement fibro-cicatriciel L5-S1 droit (cf. rapport d'expertise du 24 janvier 2019 pt 6a) p. 6). L'examen clinique a été complété par une ENMG [électroneuromyographie] qui n'a pas révélé de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit, avec quelques unités motrices à la tentative de mouvements et pas de signes de dénervation spontanés. Les éléments précités confirmaient clairement des phénomènes de surcharge à l'origine des déficits moteurs, avec un manque d'activation volontaire. En outre, les IRM pré-opératoires mettaient effectivement en évidence une petite protrusion/hernie discale L5-S1 paramédiane et latérale droite à la limite du significatif susceptible d'irriter la racine L5, sans qu'on puisse l'affirmer, le caractère de l'anomalie étant extrêmement banal. Les IRM post-opératoires révélaient la régression de l'anomalie discale bien que persistaient encore un petit résidu discal et une fibrose post-opératoire modérée. Au terme du bilan

neurologique, cet expert a conclu qu'il apparaissait évident que, s'il n'était pas possible d'exclure totalement une petite composante irritative « somatique », l'essentiel des plaintes et les constatations cliniques et paracliniques ne trouvaient pas d'explication somatique et correspondaient à un syndrome douloureux, sans substrat neurologique. Il était évident pour cet expert que l'essentiel des problèmes n'était pas d'ordre somatique mais psychique, renvoyant ainsi à l'avis du psychiatre. Sur le plan de la capacité de travail, au vu du status post-opératoire avec une petite fibrose, même si la relation de causalité était très incertaine, l'expert admettait, par mesure de prudence, que l'activité de nettoyeur n'était plus exigible, de même que toute activité physiquement demandante. Cependant, dans une activité légère, ne nécessitant pas un engagement physique lourd et le port régulier de charges de plus de 10kg, permettant quelques changements occasionnels de position, la capacité de travail était complète depuis juin 2014. Il y avait une discordance majeure entre l'importance des troubles et leur répercussion sur l'activité personnelle et professionnelle d'une part et l'absence d'anomalie clairement objectivable sur le plan clinique et paraclinique d'autre part (cf. *ibid.* pt 7.4 p. 7).

Les conclusions des experts somaticiens rejoignent celles des médecins ayant été consultés par le recourant. Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a ainsi expliqué que l'évolution du recourant lui semblait plutôt favorable puisque sur le plan radiculaire il n'y avait aucun déficit moteur et le trajet radiculaire douloureux était assez vague. Localement, la colonne était un peu raide et contractée. Il y avait une prédominance des signes lombaires par rapport aux signes radiculaires. L'IRM du 18 juin 2014 confirmait l'existence d'un disque L5-S1 qui était encore d'assez bonne qualité, le signe était presque physiologique, il existait une très minime protrusion foraminale droite avec une hernie de petite taille qui n'était pas luxée (cf. rapport du 13 octobre 2014). L'IRM de la colonne lombaire réalisée le 30 mars 2015 a également relevé que les discopathies étaient modérées avec une protrusion paramédiane droite de L5-S1. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, noté que le status neurologique ne montrait pas de déficit radiculaire proprement dit. Il y avait pour ce

praticien des erreurs non explicables au sens postural, le recourant reconnaissant lui-même l'élément psychologique surajouté (cf. rapport du 7 septembre 2015). A l'instar de l'expert neurologue, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que toute reprise d'activité « de force » était illusoire, mais que dans un travail adapté et évitant le port de charge, les positions en biais ou en porte-à-faux, la capacité de travail serait de 100 % (cf. courrier du 19 novembre 2015). Le Dr M.\_\_\_\_\_ avait également estimé, lors de son expertise, que le recourant souffrait d'un syndrome lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec une minime discopathie et protrusion discale L4-L5 et était doté d'une capacité de travail pleine et entière dès juin 2014 dans une activité adaptée. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a considéré que le recourant pouvait reprendre une activité dans un poste adapté à 80 %, le recourant souffrant d'une discopathie L5-S1 herniaire non déficitaire.

Par surabondance, il sied de constater que la Cour de céans ne décèle aucune contradiction interne. Les experts somaticiens rendent compte de manière concordante, tous séparément, puis en consilium, des particularités du cas, de sorte que les conclusions finales se révèlent particulièrement claires et cohérentes. S'agissant en outre de la position debout adoptée par le recourant lors des entretiens, la Cour de céans souligne que l'expert rhumatologue a observé que le recourant était assis en salle d'attente, s'était levé de la chaise sans prendre appui ni sur les accoudoirs ni sur ses cuisses, se déplaçant à un rythme normal et sans boiterie en salle d'examen (cf. rapport d'expertise du 7 janvier 2019 pt 4.1 p. 3) et que l'expert en médecine interne a indiqué que cela contrastait avec un temps de marche évalué à 30 minutes (cf. rapport d'expertise du 26 février 2019 p. 14). Une telle position relève à l'évidence d'un choix fait par le recourant et non d'une impossibilité d'être assis.

**c)** On ne voit pas que les pièces médicales versées subséquemment au dossier du recourant fassent état d'éléments nouveaux qui viendraient contredire l'appréciation des experts somaticiens de la W.\_\_\_\_\_.

En particulier, les rapports des 7 juin 2019 et 26 février 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_ ne font que poser des diagnostics déjà connus des experts somaticiens. Ce praticien a au demeurant indiqué que depuis la mise en place des deux électrodes permanentes de stimulation épидurale, l'état de santé du recourant lui paraissait légèrement amélioré (cf. rapport du 7 juin 2019). Ce praticien n'a en outre pas fait état de limitations plus importantes que celles retenues par les experts somaticiens, telle une impossibilité de s'asseoir. Le rapport du 22 mai 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, concernant la problématique de l'impotence, mentionne certes une perte d'équilibre mais celle-ci n'a ni été mentionnée auparavant ni constatée par les experts.

Le rapport du 19 octobre 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_ ne contient pas non plus d'éléments nouveaux. Au contraire de ce qui est affirmé par le recourant, ce praticien relève bien plutôt une amélioration des troubles somatiques. Il ressort notamment de son rapport du 12 juin 2019, une amélioration de l'état du recourant depuis l'implantation du neurostimulateur épидural puisque les douleurs ont diminué de plus de 50 %. Quant à son rapport du 9 juillet 2021, il concerne la problématique de l'impotence et ses constatations portent sur une période postérieure à la décision querellée.

Quant au rapport de la Dre N.\_\_\_\_\_, il n'apporte aucun élément médical nouveau concernant la période afférente à la décision querellée.

S'agissant des limitations fonctionnelles découlant de la pose du stimulateur médullaire, le Dr G.\_\_\_\_\_ a mentionné : une restriction du port de charges de maximum 10kg et une contre-indication à tout effort de torsion, flexion et extension excessive du tronc par rapport au risque de migration du stimulateur médullaire. Ces limitations sont implicitement respectées dans la limitation retenue dans l'expertise, à savoir « éviter toute activité physiquement lourde ».

Il ne ressort au surplus d'aucune pièce versée au dossier par le recourant que la position debout privilégiée par ce dernier équivaldrait à une impossibilité de s'asseoir.

Ces rapports ne contiennent donc pas d'éléments médicaux objectifs susceptibles de mettre en doute les conclusions somatiques de l'expertise. Les médecins rendent en définitif compte des difficultés exprimées par le recourant au regard d'un status somme toute stabilisé, les limitations fonctionnelles n'étant pas traduites en termes de capacité de travail résiduelle objectivement motivée, avec renvoi à la problématique psychique.

**d)** Le volet psychiatrique a été investigué le 11 décembre 2018 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel a retenu, dans son rapport du 13 décembre 2018, les diagnostics suivants : épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et traits de la personnalité narcissiques, avec distorsion relationnelle (Z73.1). S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il l'a estimé à 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 % compte tenu des symptômes dépressifs légers conjugués aux traits pathologiques de personnalité (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2018 pt 8a) et 8b) p. 9).

Dans ce contexte, le recourant s'est prévalu des appréciations divergentes de la Dre P.\_\_\_\_\_, laquelle a retenu que le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11), d'un trouble anxieux (F41.9) et d'un probable syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon ce praticien, son état dépressif était important et justifiait à lui seul une incapacité de travail complète. Un syndrome douloureux chronique semblait se surajouter (cf. rapport du 14 juillet 2015). La Dre P.\_\_\_\_\_ a ensuite indiqué, dans son rapport du 2 août 2018, que le recourant souffrait d'un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11), d'un trouble anxieux (F41.9) et d'un trouble de la personnalité mixte anankastique et anxieuse (E61.0). Ce

praticien a estimé la capacité de travail nulle depuis 2015 dans toute activité.

**aa)** En premier lieu, on observe que les diagnostics ont été établis *de lege artis* par l'expert Z.\_\_\_\_\_, en référence à la Classification internationale des maladies (CIM-10). En outre, sous l'intitulé « Motivation et discussion des diagnostics », l'expert expose avec clarté en quoi son analyse diffère de celle de son confrère et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies. Il a relevé que la dynamique relationnelle qui s'était installée avec le recourant était caractérisée par une forte dynamique d'inversion des rôles, ce dernier faisant référence à lui-même, dans un désir constant de contrôler l'autre. Le recourant faisait « comme si » il avait tenu compte des questions, alors que dans son comportement, les questions étaient la plupart du temps éludées ou redéfinies, le recourant souhaitant constamment amener l'expert sur son terrain. Cette dynamique relevait de la distorsion relationnelle et de la négation de l'altérité plus que d'une dynamique obsessionnelle (anankastique) (cf. expertise du 13 décembre 2018 pt 6b) p. 5). Cherchant la faille du dispositif médical, l'attitude de contrôle relationnelle était associée à de nettes revendications. Le recourant affichait des traits narcissiques significatifs. Contrairement à la Dre P.\_\_\_\_\_, l'expert n'a pas observé d'anxiété lors de l'entretien, un sujet anxieux étant inhibé et craintif par rapport aux questions posées ce qui n'avait pas été le cas du recourant qui avait souvent éludé, critiqué ou distordu les questions dans une dynamique d'imposition de son point de vue. Le Dr J.\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus relevé d'apparition de symptômes d'anxiété ni de préoccupations excessives pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, ni de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif avec des pensées intrusives ou des comportements compulsifs ni de phobie simple (cf. rapport du 28 septembre 2015 p. 23). L'expert a ainsi évalué que le recourant disposait de capacités d'affirmation qui écartaient un diagnostic de personnalité anxieuse ou évitante ou un trouble anxieux spécifique (cf. expertise du 13 décembre 2018 pt 6b) p. 5). Tout comme l'expertise de 2015, l'expert psychiatre a écarté le trouble de la personnalité. Même si le recourant était difficilement

recadrable dans un entretien d'expertise, son anamnèse ne relevait pas de graves déviations des pensées, des sensations et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée avant l'apparition de ses douleurs. On ne retrouvait ainsi pas de perturbations graves dans la plupart des secteurs de la vie du recourant, tel que ce serait le cas dans le cadre d'un trouble de la personnalité. Par conséquent, seuls des traits de personnalité étaient présents (cf. *ibid.* pt 6b) p. 5-6). Pour ce qui est de l'atteinte dépressive, l'expert a retenu que le recourant souffrait d'une dépression d'intensité légère, contrairement à son psychiatre traitant. Il n'observait pas de ralentissement psychomoteur ni d'idées marquées de dévalorisation. La diminution de la concentration et de l'attention était d'intensité légère. Il ne retrouvait pas de nette diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, ou des idées de culpabilité. Le recourant se montrait par ailleurs ambigu lorsqu'il parlait d'idées noires et suicidaires. Son poids stable ne parlait pas pour une baisse marquée d'appétit. L'expert a écarté un syndrome somatique associé à cet état dépressif léger (cf. *ibid.* pt 6b) p. 6). Face à l'absence de conflit émotionnel et psychosocial démontrable au moment de l'installation des douleurs, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a également été écarté (cf. *ibid.* pt 6b) p. 6). Le recourant affichait plus une présentation extériorisée, dramatisée et revendicatrice rencontrée dans les dynamiques de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques que dans les syndromes douloureux somatoformes persistants. Cette dynamique d'amplification des plaintes douloureuses n'entraîne pas dans le cadre d'un trouble psychiatrique au sens strict, mais dans une attitude de revendication liée aux traits de personnalité relevés (cf. *ibid.* pt 6b) p. 6). L'expert a ajouté que ces « traits de personnalité entret[ennaient] les plaintes [du recourant] et le fix[aient] dans sa dynamique de revendication » (cf. *ibid.* pt 7.1b) p. 7). Il sied de constater à cet égard que le Dr J.\_\_\_\_\_ avait aussi relevé la tonalité revendicatrice du discours du recourant et une évidente majoration des plaintes (cf. rapport du 28 septembre 2015 p. 24-25).

Ayant fait l'objet d'un consilium, le rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr Z.\_\_\_\_\_ rend compte d'une anamnèse

soignée, complétée par ses soins. Il se fonde sur un examen clinique effectué le 11 décembre 2018, sur un téléphone avec le psychiatre traitant du recourant en date du 12 décembre 2018 ainsi que sur une évaluation des symptômes dépressifs effectuée au moyen du questionnaire MADRS le même jour.

L'expert a par ailleurs pris soin de décrire les plaintes du recourant (cf. expertise du 13 décembre 2018 p. 3).

**bb)** Concernant les indicateurs du degré de gravité fonctionnel, l'expert Z.\_\_\_\_\_ a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée. D'une part, il a souligné que le recourant « se di[sai]t triste » mais qu'il ne mentionnait pas de variabilité de l'humeur en fonction des moments de la journée, qu'il « se plai[gnai]t d'un manque de concentration, qui nécessiterait « qu'il note tout » », qu'il souffrait de « troubles du sommeil, sans pouvoir les préciser », que son appétit était « variable » sans signalement de perte de poids significative et « qu'il sort[ait] de la maison par obligation à cause des douleurs » (cf. expertise du 13 décembre 2018 pt 3.2 p. 3). L'expert a également noté que le recourant s'exprimait « de façon ambiguë concernant des idées noires » sans indiquer clairement s'il souffrait « actuellement de ce type d'idées » (cf. ibid pt 3.2 p. 3). La symptomatologie dépressive légère constatée diminuait de façon légère l'endurance en raison de la fatigabilité, des troubles du sommeil et des légers troubles de la concentration observés (cf. ibid. pt 7.4 p. 8). D'autre part, l'expert a procédé à un examen de la personnalité du recourant. Il a ainsi considéré que les traits de personnalité relevés pouvaient diminuer légèrement la flexibilité et les capacités adaptatives, étant précisé que ce trouble n'était pas « grave » et que le recourant s'était adapté à différents contextes professionnels, ce qui montrait qu'il disposait de ressources dans ce domaine (cf. ibid. pt 7.4 p. 8). Sous l'angle du traitement, l'expert Z.\_\_\_\_\_ a exposé que le dosage plasmatique réalisé montrait des taux qui se situaient en-dessous des valeurs attendues, posant la question de la compliance partielle, sans qu'un métabolisme rapide ne puisse être exclu (cf. ibid. pt 7.1 a) p. 7). Le Dr J.\_\_\_\_\_ avait déjà soulevé lors de

l'expertise de 2015 la possibilité que le traitement psychotrope n'était pas pris (cf. rapport du 28 septembre 2015, p. 24-25 et 39). L'expert a ensuite jugé le suivi psychiatrique adéquat compte tenu des symptômes dépressifs d'intensité légère (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2018 pt 7.2 p. 7). S'agissant de l'analyse des comorbidités, le recourant présentait certes des problèmes somatiques, mais les symptômes physiques étaient majorés. Concernant les ressources pouvant être tirées du contexte social, le recourant décrivait « une raréfaction de son réseau social et amical, ce qu'il expliqu[ait] par le fait « qu'il parlait trop de ses problèmes de santé » » (cf. ibid. pt 3.2 p. 3). Or le recourant « s'[était] éloigné du tissu social, amical et professionnel dans un processus de déconditionnement qui dépass[ait] l'atteinte médicale considérée au sens strict » (cf. ibid. pt 7.1a) p. 7). L'expert a par ailleurs mis en évidence que le recourant était soutenu par sa colocatrice (décrite comme sa compagne à certains experts) et qu'il disposait d'un réseau amical décrit comme restreint mais aidant (aide au ménage par exemple) (cf. expertise du 26 février 2019, appréciation générale interdisciplinaire, pt 4.5 p. 5).

Concernant les indicateurs de cohérence, l'expert Z. \_\_\_\_\_ a affirmé que le recourant ne présentait pas de dépression moyenne ou sévère puisqu'il faisait preuve d'excellentes capacités d'affirmation, n'était pas ralenti sur le plan psychomoteur, se plaignait d'une tristesse qui n'était pas directement affichée sur son visage, évoquait une baisse d'appétit alors que dans le même temps il ne décrivait pas de variation pondérale significative. Ces facteurs amenaient à relativiser l'intensité des plaintes et du handicap allégué par le recourant, en raison de cette dynamique de majoration. L'épisode dépressif d'intensité légère n'était pas de nature à expliquer une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Des facteurs extramédicaux, d'ordre motivationnel, étaient prépondérants dans l'éloignement du recourant du tissu socio-professionnel et amical (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2018 pt 7.3 p. 7-8).

Sur la base de cette évaluation détaillée de la situation, l'expert Z.\_\_\_\_\_ a conclu que les ressources l'emportent sur les limitations fonctionnelles (cf. *ibid.* pt 7.4 p. 9).

**e)** A la lumière de ce qui précède, il convient donc de s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte de l'ensemble des spécificités du cas particulier et comporte des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Ce rapport satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. *consid. 4e supra*).

**f)** Cela étant, dans ses rapports médicaux des 24 juin 2019, 11 février 2020, 18 juin 2020, 19 novembre 2020 et 8 juillet 2021, établis à l'intention du conseil du recourant, les Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ mettent en doute le caractère probant de l'expertise de leur confrère psychiatre de la W.\_\_\_\_\_. Le Dr B.\_\_\_\_\_ mentionne que ses observations et diagnostics sont identiques aux constatations faites le 2 août 2018 par la Dre P.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 18 juin 2020). Or la Dre P.\_\_\_\_\_ ne fait que réitérer son appréciation du 2 août 2018 dans ses récents rapports. Il convient par ailleurs de relever que les rapports du Dr B.\_\_\_\_\_ ne comportent pas de réelle motivation quant à sa prise de position différenciée. Il est le lieu de constater que, d'une part, l'expert Z.\_\_\_\_\_ a tenu compte des rapports de la Dre P.\_\_\_\_\_ et, d'autre part, que les Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ n'ont notamment pas fourni d'indications sur les ressources du recourant, sur la cohérence ou le traitement. Ainsi, leur expertise ne peut être examinée à l'aune des indicateurs 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). En définitif, ces rapports relèvent d'un simple second avis, lesquels n'incitent pas à s'écarter du positionnement de l'expert psychiatre.

**g)** Les conclusions du rapport d'expertise ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 5 février 2019

en présence des Drs X.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Pour des raisons organisationnelles, ces médecins ont participé au colloque et le rapport de l'expert neurologue a été discuté et pris en compte dans les conclusions, ce dernier ayant été contacté par téléphone ou par courriel dans les situations nécessitant des compléments d'information (cf. expertise consensuelle pt 5).

Les critiques du recourant quant au fait que « seule une partie des experts ayant participé à l'expertise a contribué à l'évaluation finale » ne saurait être suivie et suffire à mettre en doute l'analyse présentée par les experts W.\_\_\_\_\_, étant précisé que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ a été effectivement discuté et pris en compte dans l'élaboration des conclusions du rapport global. On ne saurait dès lors considérer que cet expert n'a pas pris part à l'évaluation consensuelle. D'ailleurs, sur le plan somatique, le diagnostic posé par le Dr F.\_\_\_\_\_ a été retenu lors du consilium.

**h)** Partant, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la W.\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. D'excellente facture, fruit d'un travail méticuleux et coordonné, il comporte une anamnèse complète et fouillée de la situation du recourant, une discussion claire et motivée des diagnostics retenus, et des conclusions médicales étayées et convaincantes. Celles-ci seront donc suivies. Ainsi, le recourant est réputé conserver une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant (mise en œuvre d'une nouvelle expertise), la situation médicale étant claire et permettant à la Cour de céans de statuer en toute connaissance du dossier.

**6.** Reste à se prononcer sur le revenu sans invalidité.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b)** En l'occurrence, selon le questionnaire adressé au dernier employeur du recourant, ce dernier bénéficiait d'un salaire mensuel brut de 3'500 fr. pour un taux d'activité de 70 %. Reporté à un taux de 100 %, le salaire annuel de valide du recourant est ainsi de 60'000 francs. L'intimé n'en disconvient pas, mais observe avec pertinence que même en rectifiant le revenu sans invalidité à 60'000 fr., après comparaison avec un revenu d'invalidé de 48'037 fr. 63, le degré d'invalidité serait de l'ordre de 20 %, taux toujours insuffisant pour ouvrir un droit à la rente. Il en va de même de l'appréciation des limitations fonctionnelles propres à influencer sur le revenu d'invalidé, s'agissant de la limitation que pouvait induire le port d'un stimulateur et dont il n'a pas été expressément tenu compte. Cette limitation s'inscrit dans le cadre des activités adaptées et est prise en compte dans l'abattement de 10 %.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Marine Girardin peut prétendre

une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 4'866 fr. 40, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables 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).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 12 février 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Marine Girardin est arrêtée à 4'866 fr. 40 (quatre-mille huit cent soixante-six francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** 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 d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marine Girardin (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédérale 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 :