

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
MM. Métral, juge, et Küng, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1980, a obtenu un certificat fédéral de capacité de charpentier en 1999.

Le 27 février 2002, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de problèmes au membre supérieur gauche, consécutifs à un accident professionnel survenu en 1998.

Par décision du 18 juillet 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a nié le droit de l'assuré à des mesures de reclassement et à une rente, au motif que sa capacité de travail était entière dans l'activité de charpentier.

**B.** D.\_\_\_\_\_ a formulé une seconde demande de prestations du fait de la même atteinte à la santé le 7 septembre 2004 auprès de l'Office AI du canton de Fribourg.

Celui-ci a, par décision du 6 septembre 2005, refusé d'allouer des prestations à l'assuré.

Dans l'intervalle, l'assuré s'est installé en qualité de charpentier indépendant.

**C.** Souffrant de douleurs au bras droit, D.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 20 août 2013.

Par rapport du 3 décembre 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'épicondylite latérale du coude droit existant depuis 2010 et d'épitrôchléite du coude droit depuis 2013. Du 8 mars 2013 (date d'une cure chirurgicale d'épicondylite chronique droite) au jour du rapport,

il a attesté une incapacité de travail dans la profession de charpentier, à des taux variant entre 100 % et 50 %.

Sur mandat de l'assureur perte de gain en cas de maladie, F. \_\_\_\_\_ SA, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a procédé à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 11 février 2014, il a posé les diagnostics de périarthralgies des deux coudes, prédominant à droite, sans substrat anatomique objectivable, évoluant depuis 2008-2009, de status après ténolyse et ténoplastie d'allongement des épicondyliens au coude droit le 8 mars 2013, sans amélioration, ainsi que de status après possible neuropathie cubitale droite transitoire en 2012, sans substrat électro-neuromyographique objectivable. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une profession ne nécessitant pas d'effort, ni de mouvement répétitif des membres supérieurs.

L'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures d'intervention précoce (orientation professionnelle), puis de mesures de reclassement professionnel en vue d'une formation d'éducateur social (communications de l'OAI des 1<sup>er</sup> avril et 14 juillet 2014, 21 mai, 13 juillet 2015 et 25 août 2016). Dite formation a débuté le 15 août 2016, pour une durée de trois ans.

L'assuré a interrompu cette formation par suite d'incapacité totale de travail à compter du 26 septembre 2016.

Invité par l'OAI à se déterminer sur la poursuite de son cursus, l'assuré a confirmé le 12 juin 2017 être en incapacité totale de travail depuis le 26 septembre 2016. Il précisait souffrir de la maladie de Hashimoto et bénéficier d'un suivi psychiatrique auprès du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans la mesure où ses problèmes n'étaient pas réglés, il estimait ne pas pouvoir reprendre sa formation.

Dans un rapport du 15 décembre 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'état de stress post-traumatique existant depuis l'enfance et - sans répercussion sur la capacité de travail - de thyroïdite de Hashimoto. Au titre de l'anamnèse, ce médecin a décrit une enfance traumatique, émaillée de violences physiques et psychologiques graves. Le constat médical faisait état d'insomnies résistantes au traitement, d'une hypervigilance constante, de difficultés de concentration, d'irritabilité, de rêves répétitifs avec reviviscence des traumatismes subis. La tension interne était palpable durant les entretiens. Au bénéfice de l'aide sociale, l'assuré présentait en outre une désinsertion importante. Le tableau clinique décrit excluait l'exercice de toute activité professionnelle. Le Dr J.\_\_\_\_\_ suggérait un examen par un médecin de l'assurance-invalidité.

Après consultation du Service médical régional (SMR), l'OAI a établi un projet de décision le 17 juillet 2018. Il a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit aux prestations, en l'absence d'atteinte à la santé invalidante et de préjudice économique. En dépit des objections de l'assuré, formulées le 15 septembre 2018, l'OAI a entériné son projet de décision par une décision de refus de prestations du 1<sup>er</sup> octobre 2018.

**D.** D.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 octobre 2018. Dans le cadre de la procédure, l'assuré, désormais assisté de PROCAP, a produit un nouveau rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2019. Ce dernier expliquait que son patient présentait tous les symptômes d'un état de stress post-traumatique. Il ajoutait le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Par arrêt du 8 août 2019 (cause AI 332/18 - 244/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré, annulé la décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018 et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant notamment un examen endocrinologique et psychiatrique, avant nouvelle décision.

**E.** Donnant suite à cette injonction, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire - endocrinologie, psychiatrie, rhumatologie et médecine interne générale - au Centre d'expertises K.\_\_\_\_\_SA par mandat du 8 octobre 2019.

Dans leur rapport du 28 janvier 2020, les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics de dysthymie, de fracture de l'épaule gauche consécutive à des mauvais traitements, avec consolidation dans une position vicieuse et opération en 2000, d'arthralgie des coudes et neuropathie d'enclavement épicondylien en mars 2013, ainsi que de maladie de Hashimoto substituée. Selon les experts, la capacité de travail de l'assuré était entière dans toutes activités « jusqu'au 29 juin 2016 » et restreinte depuis lors à 80 % (plein temps avec diminution de rendement de 20 %) pour des raisons psychiatriques. Il n'y avait pas d'incapacité de travail motivée sur le plan somatique, tant comme maître socioprofessionnel que comme charpentier.

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts dans un avis du 13 février 2020.

Le 7 mai 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de PROCAP, s'est exprimé sur le déroulement de l'expertise, singulièrement sur la durée de l'examen psychiatrique (30 minutes selon ses dires), mettant en doute l'exhaustivité des investigations.

Sollicité à ce propos, le K.\_\_\_\_\_SA a indiqué, le 20 mai 2020, que \_\_\_\_\_ le Dr P.\_\_\_\_\_ avait mentionné une durée d'examen de 55 minutes dans son rapport. La durée de l'examen ne constituait de toute façon pas un critère de qualité de l'analyse de l'expert.

Par projet de décision du 9 juin 2020, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait nier son droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail préservée à 80 % dans toutes activités.

L'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet par pli du 13 juillet 2020, auquel il a annexé un rapport du 22 juin 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_. Ce dernier maintenait les diagnostics précédemment évoqués, estimant que l'expert psychiatre du K.\_\_\_\_\_SA avait insuffisamment investigué le cas de son patient.

Invité à se déterminer, le Dr P.\_\_\_\_\_ du K.\_\_\_\_\_SA a confirmé son appréciation du cas dans une correspondance du 4 septembre 2020.

Par décision du 30 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, reprenant les termes de son projet du 9 juin 2020.

**F.** D.\_\_\_\_\_, représenté par PROCAP, a, par mémoire de recours du 4 novembre 2020, déféré la décision du 30 septembre 2020 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a, pour l'essentiel, contesté la valeur probante conférée au rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_SA, en se prévalant des rapports établis par son psychiatre traitant. A son avis, ses ressources - au sens de la jurisprudence fédérale rendue en matière de troubles psychiques - étaient insuffisantes pour lui permettre d'exercer une quelconque activité lucrative, de sorte que le droit à une rente entière devait lui être reconnu sur la base de l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 4 décembre 2020, l'OAI a conclu à son rejet, estimant que le rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_SA répondait aux critères jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante.

Par réplique du 7 janvier 2021, l'assuré a maintenu ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 4 novembre 2020 contre la décision de l'intimé du 30 septembre 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement l'appréciation de sa capacité de travail.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**4. a)** Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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

**aa)** Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences

fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

**bb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** En l'espèce, le recourant ne fait valoir aucun grief quant à l'appréciation de sa situation somatique par les experts du K. \_\_\_\_\_ SA.

**a)** Sur le plan de la médecine interne générale, la Dre N. \_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant, mentionnant uniquement un « psoriasis en plaque, très localisé, non traité actuellement », lequel était sans incidence en termes de capacité de travail. Elle a conclu que le recourant ne présentait aucune « perte de capacité » et qu'il existait « des ressources disponibles chez cet expertisé formé, diplômé, capable de s'assumer seul au quotidien, de s'adapter à [des] règles et routine, de planifier et structurer les tâches, qui est

autonome pour ses déplacements ». Il était en revanche « isolé socialement et familialement » (cf. rapport d'expertise du K. \_\_\_\_\_ SA du 28 janvier 2020, annexe 3, p. 22).

**b)** Le volet endocrinologique a été investigué par le Dr L. \_\_\_\_\_, lequel a conclu à une capacité de travail entière dans toutes activités, en tenant notamment les considérations suivantes (cf. ibidem, annexe 1, p. 7 et 9) :

[...] Monsieur D. \_\_\_\_\_ souffre également d'une maladie de Hashimoto diagnostiquée en 2014 et qui n'apparaît dans les dossiers médicaux qu'en 2017. Le diagnostic tombe lors d'un contrôle général. Une substitution par hormones thyroïdiennes de synthèse est immédiatement débutée puis sera transitoirement remplacée par de la phytothérapie avant la reprise d'un traitement hormonal (Eltroxine). Plusieurs tests ont été effectués au début pour adapter le traitement. Actuellement la substitution est correcte et les hormones thyroïdiennes sont normales. Il persiste une discrète élévation des taux d'anticorps attendue et sans conséquences. Le traitement de cette maladie de Hashimoto n'a pas amené de modification claire de l'état général, si ce n'est peut-être une discrète amélioration du moral et une diminution des douleurs abdominales dont l'origine n'est pas claire. Aucun changement sur les myalgies et arthralgies. Il y a eu ces dernières années une perte de poids d'une dizaine de kilos, vraisemblablement beaucoup plus en relation avec la perte musculaire à l'arrêt du travail de charpentier qu'à la substitution hormonale. Pas de modification nette au niveau de la fatigue.

[...]

La substitution de la fonction thyroïdienne est adéquate. L'élévation des ac anti-thyréoglobuline est en lien avec la maladie de Hashimoto mais n'a en soi aucune répercussion sur la capacité de travail.

[...]

Concernant la maladie de Hashimoto : une dysfonction de la thyroïde peut avoir des répercussions sévères sur l'état général en raison du rôle majeur de la thyroïde sur l'ensemble du métabolisme et ces problèmes endocriniens sont souvent reconnus tardivement en raison de symptomatologies atypiques telles qu'une baisse de l'entrain, un état dépressif, des douleurs diffuses qui peuvent être musculaires et articulaires, une prise de poids, une baisse de moral et une fatigue. Ceci peut affecter la qualité de vie du patient jusqu'à la reconnaissance du problème. Le traitement de la maladie de Hashimoto consiste en une substitution par hormones thyroïdiennes et une maladie de Hashimoto correctement substituée permet une vie normale et n'est pas une source d'invalidité. [...]

**c)** Quant au registre rhumatologique, le Dr R. \_\_\_\_\_ a mis en évidence ce qui suit (cf. ibidem, annexe 4, p. 29 et 30) :

[...] Objectivement, l'examen clinique ne montre qu'une limitation de l'amplitude des mouvements de l'épaule gauche, sans atteinte tendineuse, capsulite ou autre séquelle. Il n'y a pas, non plus, de signe d'atteinte tendineuse des coudes, que ce soit épicondylite ou épitrochléite. La force de préhension est, d'ailleurs, totalement normale à droite à 40 kg au dynamomètre confortée par l'IRM post chirurgicale du coude droit quasi normale.

Il se plaint surtout de tension musculaire bien contrôlée par un traitement ostéopathique tous les 15 jours. Il a repris une activité de charpentier pour des missions, parfois d'1 mois et demi, sans interruption.

Il n'y a pas à lui proposer d'autre traitement.

### **7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

On retrouve une inadéquation entre l'importance des plaintes, en particulier une EVA à 7/10, alors que l'expertisé ne prend aucun antalgique, y compris les plus légers. Il n'a besoin que de 2 séances d'ostéopathie par mois. Les callosités sur les mains montrent qu'il travaille régulièrement.

Les douleurs du coude n'ont aucun support objectivable sur le plan ostéoarticulaire ou neurologique, comme l'avait souligné l'expertise orthopédique du 11/2/2014 qui parle d'origine mystérieuse des périarthralgies des coudes.

Les causes de ses problèmes semblent plutôt extrasomatiques.

### **7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

L'expertisé a une formation professionnelle qu'il exploite et a bénéficié d'une formation comme maître socioprofessionnel qu'il n'a pas stoppé pour des raisons rhumatologiques.

Il semble volontaire comme le montre la reprise de son activité de charpentier qu'il n'a pas arrêté depuis sa reprise.

Il est, néanmoins, seul, sans amis et coupé de sa famille. [...]

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail entière « depuis l'abandon de [la] formation en octobre 2016, et avant, de 50 % depuis février 2014 ». Dans une activité « correspondant aux aptitudes de l'assuré », la capacité de travail était « entière depuis toujours ».

**d)** Les éléments extraits ci-dessus permettent de constater la convergence des avis spécialisés pour considérer le recourant comme apte à exercer, sur le plan somatique, une activité lucrative à temps complet. On notera en particulier, sur le plan rhumatologique, que le Dr R.\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ pour admettre l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. A compter de l'interruption des mesures professionnelles, le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé que dite exigibilité valait également pour l'exercice de l'activité habituelle. Cette appréciation, motivée par les résultats d'examens cliniques

exhaustifs, ne prête pas flanc à la critique. Le recourant ne remet au demeurant pas en question ces conclusions. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'avis communiqué par les experts du K. \_\_\_\_\_ SA du point de vue somatique.

**7. a)** Le registre psychiatrique a été investigué par le Dr P. \_\_\_\_\_, lequel a retenu le diagnostic de dysthymie, en se justifiant comme suit (cf. rapport d'expertise du K. \_\_\_\_\_ SA du 28 janvier 2020, annexe 2, p. 14 ss) :

[...] Nous ne trouvons pas de trouble de la sphère psychotique puisque l'expertisé ne présente pas de troubles du cours, ou du contenu de la pensée, de syndrome dissociatif, de discordances idéo-affectives, de bizarreries de comportement, d'attitude d'écoute, d'éléments délirants interprétatifs et intuitifs.

Nous ne trouvons pas de trouble de la sphère cognitive majeur puisque l'expertisé ne présente pas de troubles de l'attention importants, de la planification, de la flexibilité mentale. Le rendu biographique est difficile en raison d'une légère opposition, mais en aucun cas en raison d'un envahissement intellectuel. La fatigabilité abordée plus tard explique quelques difficultés de concentration et de mémorisation.

Nous ne trouvons pas de trouble en faveur d'une intoxication éthylique chronique ou aiguë, puisque l'expertisé ne présente pas de démarche ébrieuse, de tremblements fins des extrémités, d'érythrose faciale.

Nous trouvons une fatigabilité moyenne, avec un pessimisme dans le discours, une baisse d'élan vital. Il existe une perception d'angoisse, qui se traduit par une légère irritabilité, une impatience ressentie. L'expertisé n'est pas agressif véritablement, et ne présente pas de manifestations neurovégétatives comme des sueurs, des tremblements.

[...]

Nous retenons le diagnostic de dysthymie devant l'existence d'une dépression chronique d'humeur, dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent. De façon globale, l'expertisé présente une humeur triste, avec un pessimisme, une vision négative de l'avenir, une baisse d'estime de soi, un sentiment chronique de vide. Il a le sentiment d'être différent des autres. Ces éléments existent depuis l'enfance et font suite à des traumatismes importants. L'épisode de la notion d'humeur en 2016 ne peut être considéré comme un épisode dépressif, car l'expertisé ne présentait pas d'aggravation véritable de son état habituel. Tout au plus, nous retenons une fatigabilité plus importante, avec une aggravation du ressenti des douleurs.

Nous n'avons pas d'arguments pour un trouble affectif bipolaire, car l'expertisé ne présente pas d'antécédents de phase hypomaniaque ou maniaque, qui se traduisent par des phases d'euphorie, d'exaltation d'humeur, de dépenses immodérées d'argent, de fuite des idées.

Nous n'avons pas d'arguments pour un syndrome de stress post-traumatique, car l'expertisé est exposé de façon chronique à des situations stressantes. Il ne relate pas de flashes diurnes. Il n'existe pas non plus de modification durable de la personnalité, car l'expertisé a pu avoir une période de relative stabilité sentimentale.

Nous n'avons pas d'argument pour un trouble de personnalité émotionnellement labile, car l'expertisé n'est pas explosif et les relations ne sont pas instables. Il n'a pas de crainte exagérée d'être abandonné et n'a pas mis en place de mécanismes de défense à type de clivage de l'objet. Le clivage de l'objet est un mécanisme de défense qui consiste à percevoir l'autre tantôt positif, idéalisé, et à le percevoir comme très négatif lorsqu'il existe un risque d'abandon. Il est ainsi plus facile de se séparer d'un objet détestable qu'idéalisé.

Nous n'avons pas d'éléments en faveur d'un trouble de personnalité paranoïaque, car il n'existe pas d'hypertrophie du moi. Il existe des traits de caractère sensitif, l'expertisé ayant souvent le sentiment d'être inférieur aux autres. Régulièrement, il s'est senti mésestimé.

Cet aspect s'explique par le fait que plus jeune, il a été exposé à des humiliations. Il en garde des failles narcissiques importantes et tout naturellement, il est sur la défensive, attendant l'agression de l'autre. Néanmoins, il n'existe pas d'interprétations évidentes des actes et dires d'autrui, mais plutôt une surestimation de ceux-ci.

Nous ne retenons donc pas ce diagnostic. Il n'existe pas non plus de personnalité dépendante car l'expertisé explique très clairement qu'il a appris à vivre seul. Il n'existe pas non plus de personnalité anxieuse, même si des traits de caractère de cette personnalité peuvent être retrouvés. L'expertisé a une crainte exagérée d'être critiqué et peut être dans l'évitement des relations sociales. Pour autant, nous ne retrouvons pas de préoccupations excessives d'être critiqué, ou une restriction de style de vie résultant du besoin de sécurité. Il n'existe pas de signe en faveur d'un trouble schizoïde, car l'expertisé ne présente pas de manque d'empathie, d'absence d'affect. Nous n'avons pas d'arguments pour un trouble de personnalité psychopathe, car l'expertisé n'a pas tendance à transgresser régulièrement les lois et les règles.

Enfin, nous n'avons pas d'arguments pour un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, car nous n'avons pas noté d'hyperactivité lors de notre entretien ou des troubles attentionnels.

L'analyse du rapport du Dr [J. \_\_\_\_\_], en date du 15.12.2017, met en avant un état de stress post-traumatique que nous réfutons. Il évoque des troubles de concentration et d'attention que nous ne trouvons pas. En revanche, il existe un épuisement psychologique se traduisant par une fatigabilité. Le Dr [J. \_\_\_\_\_] retient une incapacité totale de travail et nous discutons plus tard de notre réserve quant à cette évaluation.

Nous ne retenons pas le diagnostic de troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives, car l'expertisé consomme des benzodiazépines de façon non compulsive, avec des retentissements, sur la mémoire ou sur le comportement, actuellement trop faibles pour retenir ce diagnostic. Le retour du bilan biologique en recherche toxique est négatif.

Nous ne retenons pas de consommation abusive en alcool puisque le taux de CDT - Carboxy Deficient Transferrin - est de 0,7 % pour une norme inférieure à 1,3 %. [...]

L'expert a conclu à une capacité de travail de 100 % dans toutes activités « depuis toujours, jusqu'au 29.06.2016 [recte : 26 septembre 2016] ». Dès cette date, la capacité de travail était réduite à 80 % du fait d'une baisse de rendement de 20 % sur un plein temps, consécutive à une fatigabilité accrue, une baisse de confiance en soi et des difficultés organisationnelles. Le Dr P.\_\_\_\_\_ relevait que cette capacité n'avait que peu évolué. L'activité habituelle correspondait aux limitations fonctionnelles psychiatriques, le recourant travaillant seul pour éviter les difficultés relationnelles et les difficultés avec l'autorité, sans sollicitations excessives sur le plan intellectuel, soit sans surcharge d'informations à traiter rapidement (cf. ibidem, p. 16).

Confronté aux critiques du psychiatre traitant du recourant, lequel a maintenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (cf. rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2020), le Dr P.\_\_\_\_\_ a réitéré son appréciation en ces termes le 4 septembre 2020 :

[...] Nous avons répondu aux questions concernant l'état de stress post-traumatique, ainsi que celles concernant la modification durable de la personnalité.

En effet, lors de notre entretien, l'expertisé a clairement exprimé le fait qu'il ne présentait pas de flashes diurnes concernant les événements traumatiques recueillis lors de notre entretien. Lors de l'entretien, l'expertisé a pu exprimer sans entrer dans les détails, volontairement, des violences psychologiques et physiques relatées par son psychiatre. Néanmoins, le recueil de données a été suffisamment précis pour nous faire comprendre la gravité des faits. Malgré cela, nous n'avons pas retenu un état de stress post-traumatique, et l'expertisé n'a pas présenté de manifestations neurovégétatives lorsqu'il parlait de cette période. Lors de notre entretien, il n'a pas fait preuve d'hypervigilance, d'état de qui-vive.

Nous réfutons également le diagnostic de modification durable de la personnalité, car il n'existe pas véritablement de détachement quant au monde extérieur. Il ne présente pas de dépendance excessive vis-à-vis des autres.

Nous avons préféré retenir le diagnostic de dysthymie, et avons, de toute façon, pris en compte, concernant la capacité de travail, l'ensemble des symptômes qui ont été décrits. Nous ne nous sommes pas basés sur le diagnostic, mais bien sur l'aspect clinique général. [...]

**b)** En l'occurrence, il convient de constater que les constats cliniques rapportés par l'expert psychiatre et les explications étayant ses

conclusions apparaissent exhaustifs et convaincants. Quoi qu'en dise le recourant, sa situation a été analysée de manière complète et approfondie. En particulier, l'ensemble des diagnostics retenus par le Dr J.\_\_\_\_\_ ont été discutés, tandis que des diagnostics psychiques différentiels ont été envisagés et écartés. Tout en disposant d'une pleine connaissance des événements traumatiques vécus par le recourant dans son enfance, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé en détail les raisons qui le conduisaient à se distancer de l'appréciation du psychiatre traitant. A cet égard, les remarques formulées par le Dr J.\_\_\_\_\_ se composent essentiellement d'assertions d'ordre général reprenant les critères diagnostiques de la littérature médicale. On ne voit pas, dans les rapports de ce dernier, d'analyse étayée liée au cas particulier. Le Dr J.\_\_\_\_\_ se limite en effet à indiquer que les critères pertinents seraient réalisés sans justifier concrètement la limitation de la capacité de travail de son patient, laquelle serait à son avis au maximum de 20 %.

On ajoutera que les critiques formulées à l'égard de la durée de l'examen, que le Dr J.\_\_\_\_\_ réitère le 22 juin 2020, ont été écartées par le K.\_\_\_\_\_SA le 20 mai 2020. Il convient d'ailleurs de souligner que, selon la jurisprudence, la durée de l'examen clinique n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur probante du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Une consultation, même de courte durée, n'exclut donc pas une étude fouillée et complète du cas. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a expressément souligné, dans ce contexte, que « le temps passé avec Monsieur D.\_\_\_\_\_ avait été suffisant » (cf. détermination du K.\_\_\_\_\_SA du 4 septembre 2020).

**c)** On peut dès lors se rallier à l'appréciation du spécialiste du K.\_\_\_\_\_SA pour considérer que la capacité de travail du recourant, entière jusqu'au 26 septembre 2016, n'est restreinte qu'à hauteur de 20 % en termes de rendement dans toutes activités depuis cette date.

**9. a)** Eu égard à la grille des indicateurs instaurée par le Tribunal fédéral, le degré de gravité du tableau clinique et la question de la cohérence ont été commentés par le Dr P.\_\_\_\_\_. Sur le plan de la cohérence et de la plausibilité, il a retenu que l'histoire personnelle du recourant expliquait la dysthymie et les difficultés dans le rapport à l'autorité (cf. rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_SA du 28 janvier 2020, Annexe 2, p. 16). Cela étant, il a observé une certaine insuffisance des mesures thérapeutiques. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a en effet souligné les éléments suivants (cf. ibidem, p. 15) :

[...] Après avoir bénéficié de traitements antidépresseurs mal supportés, il bénéficie d'un traitement par Remeron, antidépresseur très efficace sur la partie sommeil. Le taux plasmatique est de 5.2 microgrammes par litre pour une norme entre 30 et 80. Ce traitement devrait être réévalué à la hausse jusqu'à 45 mg par jour. L'expertisé doit poursuivre une psychothérapie à un rythme plus intensif, car il reconnaît rencontrer son psychiatre tous les trois mois. Il doit apprendre à comprendre son schéma de pensée, à exprimer plus facilement ses sentiments, à prendre des risques pour s'ouvrir aux autres.

Quant à la question des ressources, il s'est exprimé comme suit (cf. ibidem, p. 16) :

Nous ne retenons aucune difficulté adaptative aux règles et aux routines complexes, car l'expertisé a tendance à rechercher cette routine. Il fonctionne par rituels, dans une zone de confort. En revanche, ce mode de fonctionnement ne permet pas d'adaptation. La planification à long terme est difficile, car l'expertisé a des difficultés à prendre en considération des événements antérieurs positifs. La structuration des tâches est complexe. La flexibilité au changement est donc difficile, surtout liée aux difficultés relationnelles. L'expertisé accepte mal l'autorité et devient rapidement rigide et rancunier. Il a peu de confiance en lui et donc, appliquer ses compétences est difficile. Prendre des décisions est également difficile en raison d'un manque de confiance en soi, la persévérance est largement affaiblie, l'expertisé expliquant lui-même qu'il abandonne facilement. L'activité en groupe est donc perturbée par le rapport aux autres, l'activité spontanée est faible du fait d'une fatigabilité spontanée. Prendre soin de soi est également difficile, car l'expertisé n'est pas dans une recherche de satisfaction de l'autre ni de lui-même. Le rapport à sa famille catastrophique, l'expertisé étant totalement isolé d'un point de vue social. Il est par contre apte à la circulation. Dans l'ensemble, nous retenons des capacités et des ressources jugées faibles en raison de la dysthymie et des répercussions des traumatismes sur son mode de fonctionnement général, c'est-à-dire sur l'élaboration de sa personnalité.

**b)** Quoi qu'en dise le recourant, le tableau clinique décrit ne revêt pas un degré de gravité suffisant pour être qualifié d'invalidant, sous réserve d'une limitation de son rendement (20 % selon les experts du K.\_\_\_\_\_SA). En dépit de ressources jugées faibles par l'expert psychiatre, on observe que le recourant a été en mesure, postérieurement à l'arrêt de sa formation en septembre 2016, de reprendre l'exercice de son activité habituelle (cf. à cet égard : rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_SA du 28 janvier 2020, annexe 4, p. 29 ; extrait cité supra sous consid. 6c). Il a été au surplus décrit comme capable de s'assumer dans son quotidien, de se structurer et de s'adapter à des règles (cf. à cet égard également : ibidem, annexe 3, p. 22 ; consid. 6a supra). Cela démontre que le recourant est susceptible de se mobiliser de manière autonome, en dépit de son isolement social et des conséquences de ses traumatismes passés.

**10. a)** En définitive, il convient de retenir les conclusions des experts du K.\_\_\_\_\_SA. En dépit de ses troubles psychiques, le recourant est doté d'une capacité de travail de 80 % (sur un plein temps) depuis le 26 septembre 2016 dans toutes activités.

**b)** Le degré d'invalidité du recourant se confond par conséquent avec le taux de son incapacité de travail et peut être chiffré à 20 %, ce qui exclut le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**c)** Le recourant conservant une capacité de travail substantielle dans son activité habituelle, des mesures professionnelles ne sont désormais plus indiquées.

**d)** Pour la période antérieure au 26 septembre 2016, l'intimé a considéré que le recourant était en mesure d'exploiter une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. à cet égard : rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ du 11 février 2014 et appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ du R.\_\_\_\_\_, citée supra sous consid. 6d). Il a bénéficié, durant cette période, de mesures professionnelles, assorties

d'indemnités journalières, de sorte qu'il ne saurait prétendre une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 29 al. 2 LAI). Par ailleurs, son degré d'invalidité durant cet intervalle, compte tenu d'un revenu sans invalidité chiffré à 61'524 fr. (cf. rapport du service des enquêtes économiques pour indépendants du 23 juillet 2014) et d'une exigibilité entière, ne saurait de toute façon atteindre le seuil de 40 % déterminant pour le droit à la rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**11. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision de l'intimé du 30 septembre 2020.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Le recourant bénéficie toutefois de l'assistance judiciaire, en ce sens qu'il a été exonéré de frais et d'avance de frais, par décision du magistrat instructeur du 5 novembre 2020. Par conséquent, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. et imputés au recourant, sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**c)** N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**d)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais judiciaires, dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 30 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour D. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :