

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 juillet 2022

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Pétremand, juge  
suppléante  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J.\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, en la personne de Me  
Marc Zürcher

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1965 et ressortissant roumain, est domicilié à [...] (VD). Il est au bénéfice d'un permis C valable jusqu'au 18 mai 2023 (voir attestation du Service de la population du canton de Vaud du 9 juillet 2018). Il est père de deux enfants qui vivent avec leur mère, dont il est séparé.

**b)** J.\_\_\_\_\_ a effectué en Roumanie une formation d'électricien en mécanique auto et de peintre en bâtiment (voir son curriculum vitae figurant au dossier AI). Depuis son entrée en Suisse le 8 février 1994, il a occupé des emplois de peintre en bâtiment auprès de nombreuses entreprises différentes et perçu des indemnités de chômage entre 2004 et 2008 (voir extrait de son compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] au 31 mai 2018 et rapport initial de l'OAI du 23 avril 2018). A partir du 1<sup>er</sup> février 2011 et jusqu'en septembre 2013, il a travaillé à un taux variable en tant que responsable de chantier pour [...] Sàrl, à [...] (VD), emploi pour lequel il était payé 30 fr. l'heure, indemnité de vacances de 10,6 % en sus. Il a ensuite été au chômage avant de toucher le revenu d'insertion.

**c)** L'assuré s'est trouvé en incapacité de travail à 100 % pour cause de maladie à partir du 9 mars 2017.

**d)** A la suite d'une procédure de détection précoce, l'assuré a déposé le 14 mai 2018 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a alors déclaré qu'il souffrait d'une otite qui était toutefois guérie, de calcul rénal, d'une hernie inguinale et d'une hernie ombilicale.

**e)** Dans le cadre de l'instruction de la demande AI de l'assuré, les rapports médicaux suivants ont été versés au dossier :

- Des rapports des 16 et 26 mai 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, et médecin chef à l'Hôpital de [...], à l'attention de la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, posant le diagnostic de hernie inguinale bilatérale. Celle-ci avait fait l'objet d'une cure par laparoscopie extra-péritonéale avec mise en place de filet le 21 avril 2017. L'évolution post-opératoire était marquée par des douleurs encore relativement importantes, bien gérées par une antalgie adaptée. Comme comorbidités et antécédents, le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionnait également les diagnostics de status après extraction d'un calcul urétéral gauche et mise en place d'une sonde en février 2017, de status après première crise de lithiase à droite en 2005, de probable trouble dépressif et de status après intervention ORL pour otite moyenne aiguë.
  
- Un rapport du 6 juin 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_ à la Dre T.\_\_\_\_\_, mentionnant la persistance de douleurs post opératoires importantes d'origine neuropathique probable. Son appréciation était la suivante :
  - « Les douleurs post opératoires sont plus importantes qu'à l'accoutumé et je demande la réalisation d'un scanner abdominal injecté à la recherche d'une complication post opératoire. Cet examen aura lieu le 09.06.17. Je suspecte une composante neuropathique des douleurs c'est pourquoi je prescris un traitement de Neurontin à partir de ce jour et je demande à notre service d'ergothérapie et physiothérapie un traitement neurosensoriel adapté. J'ai évoqué également avec M. J.\_\_\_\_\_ l'importance du soutien psychologique dont il vous a déjà fait part et je vous prie d'organiser avec lui un suivi psychologique ou psychiatrique selon votre évaluation. Je reverrai le patient le 04.07.2017 pour un contrôle. Je lui ai prolongé son arrêt de travail à 100% du 21.04.2017 au 21.07.2017. »
  
- Un rapport du 4 juillet 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_ à la Dre T.\_\_\_\_\_, qui signalait une évolution favorable avec une diminution de la symptomatologie, mais la persistance d'un fond douloureux. Il était alors question que l'assuré tente progressivement d'arrêter le traitement de Neurotin.
  
- Un rapport du 27 juillet 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_ à la Dre T.\_\_\_\_\_, faisant état d'une réapparition de douleurs ombilicales à la suite de l'arrêt du Neurontin. Le médecin rapportait avoir reçu en semi-urgence

l'assuré, qui avait arrêté son traitement de Neurontin et réeffectué des efforts abdominaux à la fin du mois de juin. Compte tenu de la récurrence de douleurs au niveau de la cicatrice ombilicale, il lui prescrivait un traitement de Gabapentine et anti-inflammatoire, en planifiant une ergothérapie neurosensitive et en prolongeant son arrêt de travail.

- Un rapport du 4 septembre 2017 du Dr N. \_\_\_\_\_ à la Dre T. \_\_\_\_\_, qui mentionnait l'existence de douleurs ombilicales d'origine neuropathique et d'une probable récurrence de hernie inguinale du côté gauche. Le scanner de l'abdomen réalisé le 9 juin 2017 n'avait mis en évidence aucune anomalie claire.
- Des rapports des 7 novembre 2017 et 16 janvier 2018 du Dr N. \_\_\_\_\_ à la Dre T. \_\_\_\_\_, dans lesquels il expliquait que des séances d'ergothérapie étaient prévues pour la problématique d'allodynie ombilicale après la cure de hernie inguinale bilatérale. Le médecin précisait que la hernie ombilicale était connue de longue date, mais qu'il ne l'avait pas évoquée dès lors que le patient était asymptomatique à ce niveau.
- Des rapports des 2 et 13 juillet 2018 du Dr N. \_\_\_\_\_ à la Dre T. \_\_\_\_\_, posant les diagnostics de hernie ombilicale, allodynie sur cicatrice ombilicale par abord totalement extra-péritonéal (TEP), récurrence de hernie inguinale gauche après TEP et lipome de la région xiphoïdienne. Le 8 juin 2018, il a procédé à l'excision de la cicatrice sous-ombilicale, à une laparoscopie diagnostique, une cure de hernie ombilicale par suture directe et une excision d'un lipome sous-cutané de la région xiphoïdienne. L'allodynie était restée sans changement. Il a relevé être en présence de douleurs mal systématisées et qui évoluaient en fonction de l'entretien clinique. Dans cette situation, il ne proposait aucune prise en charge particulière.
- Un rapport du 7 septembre 2018 de la Dre T. \_\_\_\_\_, posant les diagnostics d'allodynie ombilicale et sous-ombilicale, de status après cure de hernie inguinale bilatérale avec mise en place de filet

compliquée de douleurs neuropathiques en avril 2017, de status après cure de hernie ombilicale, excision de cicatrice sous-ombilicale et d'un lipome sous-cutané de la région xiphoïdienne, et laparoscopie diagnostique en juin 2018, de récurrence de hernie inguinale gauche en 2017, de status après coliques néphrétiques en 2005 et 2016 avec extraction de calcul en 2017, de status après intervention chirurgicale pour un problème d'otite à l'oreille droite, de probable neuropathie cubitale, de probable trouble dépressif, de carence en vitamine D et de fatigue. En ce qui concerne la capacité de travail, la Dre T. \_\_\_\_\_ considérait que l'assuré était inapte au travail depuis décembre 2016 environ et qu'il ne pouvait pas exercer à plein temps sa dernière activité de plâtrier-peintre. En revanche, elle estimait qu'il pouvait accomplir un travail adapté à plein temps et qu'une amélioration de son état de santé était possible. S'agissant des restrictions qui étaient décrites par la Dre T. \_\_\_\_\_ comme étant permanentes depuis le 21 avril 2017 figuraient l'exposition à la fumée, aux gaz, vapeurs, émanations, au bruit, ainsi que la flexion, le levage et le port de charges fréquents et la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés, de même que le travail de nuit et les risques de chute, qui devaient tous être proscrits selon elle et celle-ci ajoutait que le travail n'était possible qu'en excluant des contraintes de délais particuliers. Enfin, elle signalait un problème à la main droite à investiguer et un problème abdominal qui était traité par le Dr N. \_\_\_\_\_.

- Un rapport du 7 septembre 2018 du Dr N. \_\_\_\_\_ à la Dre T. \_\_\_\_\_, qui indiquait une amélioration de la symptomatologie au niveau de la cicatrice ombilicale, mais la persistance de douleurs au niveau du testicule gauche ; il sollicitait l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie de l'Hôpital de [...].
- Un rapport du 10 septembre 2018 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, adressé à la Dre T. \_\_\_\_\_, concluant ainsi :

« Votre patient de 53 ans se plaint depuis au moins une année de dysesthésies dans les doigts cubitaux des deux mains à nette prédominance droite.

A l'examen neurologique, on constate une hypoesthésie-dysesthésie dans les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main droite et d'une moindre manière aussi à gauche. La force, la motricité fine et la trophicité musculaire ne sont pas altérées.

A l'examen électroneurophysiologique on constate que la neurographie conventionnelle du nerf cubital est parfaitement normale. Seulement avec un « inching » autour du coude, on constate une légère baisse de la vitesse de conduction du nerf dans son canal. Les neurographies du nerf médian des deux côtés et du nerf cubital à gauche sont normales.

Propositions : J'ai proposé à Monsieur J.\_\_\_\_\_ le port d'une coudière légère, idéalement le jour comme la nuit, au moins pendant trois mois. Il a été clairement informé d'éviter l'appui sur les coudes.

»

- Un rapport du 9 octobre 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_ à l'OAI, mettant en évidence les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'allodynie sur cicatrice ombilicale et de douleurs testiculaires d'origine indéterminée depuis le 21 avril 2017, ainsi que d'éventuelles paresthésies depuis juillet 2018. Il posait le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de récurrence de hernie inguinale gauche depuis le 4 septembre 2017. Ce spécialiste attestait médicalement une incapacité de travail de 100 % du 21 avril 2018 (sic) au 31 octobre 2018 et de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2018, en pronostiquant une possible récupération complète à partir de début 2019. Le Dr N.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré pouvait exercer quatre heures de travail par jour dans son activité précédente de peintre en bâtiment, respectivement 8 à 9 heures dans une activité adaptée, en n'excluant aucune activité mais en limitant à deux à trois heures par jour celles uniquement en position assise, à quatre heures celles uniquement en position debout et à six heures celles dans différentes positions, ainsi qu'à quelques heures par jour certains travaux (six heures pour des travaux avec les bras au-dessus de la tête et monter sur une échelle/un échafaudage/les escaliers, avec une performance de 80 %, et moins d'une heure pour soulever/porter, avec une limite de poids de 20 kg et une performance de 10 %).
- Un rapport du 17 octobre 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_ à la Dre T.\_\_\_\_\_, reprenant les diagnostics précédemment posés et indiquant que l'assuré l'avait également informé d'une infection MST à mycoplasma et ureaplasma. Le Dr N.\_\_\_\_\_ considérait l'évolution comme étant

plutôt favorable et prévoyait une reprise du travail à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2018, puis une reprise à 100 % au début du mois de janvier 2019.

- Un rapport du 20 novembre 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_ à la Dre T.\_\_\_\_\_, mentionnant qu'à la suite d'un port de charges de 25 kg, la récurrence de hernie inguinale gauche était désormais symptomatique et nécessitait un nouveau traitement chirurgical.
- Des rapports des 5 mars, 17 mai et 15 août 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_ relatifs à l'opération à laquelle il a procédé le 8 mai 2019, à savoir une cure de la récurrence de hernie inguinale gauche, par voie antérieure avec mise en place d'un nouveau filet.
- Un rapport du 15 août 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_ répondant à la demande de l'OAI du 7 août 2019, précisant le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail d'allodynie après cure de hernie inguinale bilatérale par laparoscopie le 21 avril 2017 avec récurrence traitée le 8 mai 2019 du côté gauche et décrivant une absence d'évolution, voire une aggravation avec des douleurs inguinales gauches au moindre effort. Il mentionnait une capacité de travail de 0 % depuis le 21 avril 2017 dans l'activité habituelle et de 40 % dans une activité adaptée depuis le 15 novembre 2019, en indiquant comme limitations fonctionnelles d'ordre médical une incapacité à soulever des charges, à faire des efforts et à rester assis plus de trois heures.

Dans un avis du 7 novembre 2019, le Dr M.\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI Suisse romande (SMR), a analysé ainsi la situation de l'assuré sur la base des rapports médicaux :

« Nous n'avons pas de renseignement sur l'otite mais le médecin traitant ne signale pas de déficit de l'audition. Cette pathologie n'est pas incapacitante. Il en est de même, en dehors des crises de colique néphrétiques, des éventuelles lithiases rénales. Il reste à estimer l'impact des hernies. Celles-ci ont été opérées et à part les LF [limitations fonctionnelles] d'usage chez une personne ayant subi des interventions sur la paroi abdominale, aucune incapacité n'est décrite. On peut partager l'avis des médecins sur une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% à ce sujet.

Concernant l'estimation de la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle], nous retenons plutôt celle de 50% du chirurgien car l'incapacité est due à des problèmes de paroi. Concernant les paresthésies, aucun caractère incapacitant n'est rapporté cependant nous sommes surpris d'une généralisation aux 4 membres et il convient d'éliminer la survenue depuis un an d'une possible neuropathie généralisée. (...) ».

Le médecin du SMR demandait donc d'interroger le médecin traitant pour déterminer si un diagnostic avait été fait concernant les paresthésies des membres et si cette affection était durablement incapacitante.

Les rapports suivants ont été transmis à l'OAI :

- Un rapport du 8 novembre 2019 du Dr N. \_\_\_\_\_ à la Dre T. \_\_\_\_\_, qui évoquait une situation inchangée à l'anamnèse, une évolution clinique difficile chez ce patient présentant des douleurs diffuses et préconisait une prise en charge de rééducation neurosensitive.
- Un rapport du 20 décembre 2019 de la Dre T. \_\_\_\_\_ à l'attention de l'OAI, mentionnant un diagnostic de douleurs inguinales bilatérales ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis avril 2017. Elle indiquait que le diagnostic de légère neuropathie cubitale bilatérale avait été posé pour les paresthésies des membres, en précisant que cette affection n'était pas durablement incapacitante. Elle évaluait la capacité de travail dans l'activité habituelle à 0 % depuis le 21 avril 2017 et à 50 % dans une activité adaptée depuis le 15 décembre 2019, ajoutant que « Monsieur J. \_\_\_\_\_ pense que les changements de position nécessaires à calmer les douleurs ne lui permettraient pas de travailler davantage ». Les limitations fonctionnelles indiquées par la Dre T. \_\_\_\_\_ consistaient dans le port de charge et la station assise prolongée, qui augmentaient les douleurs. Celle-ci relevait que les douleurs inguinales étaient au premier plan et que son patient prenait 10 à 15 gouttes de tramadol jusqu'à trois fois par jour.
- Un rapport du 5 mars 2020 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, de l'Hôpital de [...], au Dr N. \_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré présentait vraisemblablement des

douleurs neuropathiques, qui étaient probablement surévaluées, dès lors qu'elles contrastaient nettement avec le fait qu'il restait souriant et enjoué. Les plaintes étaient variables, inconsistantes et il existait vraisemblablement également un volet psychosocial. Il n'y avait pas de procédure antalgique, de réintervention chirurgicale ou de médication qui permettraient d'amender complètement les douleurs (inconstantes) qu'il ressentait ; l'assuré avait d'ailleurs indiqué à plusieurs reprises qu'il était opposé à des gestes infiltratifs et *a fortiori* opératoire.

Dans un avis du 28 avril 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, a notamment retenu ce qui suit :

« Concernant les paresthésies, elles sont en fait localisées au membre supérieur droit, ont été explorées par un neurologue et ne sont pas estimées incapacitantes par le médecin traitant. Il reste à estimer l'impact des hernies. Celles-ci ont été opérées et à part les LF [limitations fonctionnelles] d'usage chez une personne ayant subi des interventions sur la paroi abdominale, aucune incapacité objective n'est décrite. La baisse des CT repose uniquement sur des douleurs alléguées par l'assuré mais il existe des incohérences entre les faits et ses plaintes. D'abord, nous apprenons que la récurrence herniaire opérée en mai 2019 est due à la manipulation par l'assuré d'un bidon de 25 kg lors de travaux. Nous ignorons s'il s'agit de travaux pour un tiers ou pour lui-même mais manifestement cela interroge sur la fiabilité de l'estimation d'une CTAH nulle et d'une CTAA à 50 % chez un assuré qui se lance dans des travaux lourds. Surtout, l'algologue est surpris de l'intensité des plaintes chez un assuré qui reste « souriant et enjoué », que ces plaintes sont « variables et inconsistantes » et que l'assuré refuse les traitements pouvant le soulager. Nous émettons de sérieux doutes sur la réalité des répercussions objectives sur la CTAH et surtout la CTAA. Pour cela, nous demandons que soit organisée : une expertise par un chirurgien viscéral. »

Cette expertise a été confiée au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, du Z.\_\_\_\_\_. (ci-après : Z.\_\_\_\_\_.). Dans son rapport du 31 août 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de « douleurs après cure de hernie inguinale gauche » et ceux sans répercussion sur la capacité de travail de reflux gastro-œsophagien, d'otite moyenne et de probable addiction aux opiacés. La discussion des diagnostics retenus était la suivante (ch. 6.4) :

« Le diagnostic de douleurs post-opératoires retenu n'est pas à mettre en relation avec un problème somatique. Il n'y a ni récurrence herniaire, ni complications postopératoires. De plus, la troisième

intervention aurait dû améliorer les douleurs, or elles se sont aggravées. Les irradiations douloureuses dans la face antérieure de la jambe ne sont pas des signes cohérents, puisque les fibres nerveuses dans cette localisation ne sont jamais lésées dans une chirurgie herniaire. Les plaintes du patient de ce côté-là ne sont donc pas cohérentes. »

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a en effet souligné que les plaintes de l'assuré n'étaient pas cohérentes, que les douleurs avaient évolué au fil du temps, qu'elles n'avaient aucun substrat organique et aucune logique. Les limitations fonctionnelles invoquées n'étaient pas plausibles. L'attitude et l'aspect général du patient étaient contradictoires avec les plaintes évoquées et la prise de fortes doses d'opiacés (ch. 7.3). Dans le cadre de son évaluation médicale et médico-assurantielle, l'expert a notamment résumé ainsi l'évolution de la situation ainsi (ch. 7.1) :

« M. J. \_\_\_\_\_ est un ancien peintre en bâtiment, âgé de 55 ans et qui ne travaille plus depuis 2013 en raison de douleurs chroniques, dont le type et la localisation ont évolué au cours des années, mais dont le traitement est resté le même, à savoir le tramadol en gouttes, un opiacé auquel l'assuré semble être devenu dépendant.

L'assuré attribue ses problèmes à une intervention pour récurrence de hernie inguinale gauche, responsable de douleurs post-opératoires particulièrement sévères, et qui l'incite à ne plus chercher de solution autre que les médicaments. L'assuré a ainsi exclu la probabilité de retravailler sur un chantier. Le problème est que les douleurs décrites ne peuvent pas avoir été causées par une cure de hernie inguinale, il y a donc un problème de cohérence. Ces incohérences sont renforcées par le comportement de M. J. \_\_\_\_\_, qui apparaît en pleine forme, et qui ne fait même pas semblant de souffrir. [...]

Toujours est-il que l'assuré ne peut se prévaloir d'aucune affection somatique grave, justifiant une incapacité de travail dans une profession peu exigeante physiquement. Il est resté avec moi assis pendant 2 bonnes heures aujourd'hui, sans ressentir autre chose que des fourmillements dans les jambes.

L'analyse des pièces du dossier ne révèle aucun désaccord quant au diagnostic et au traitement de M. J. \_\_\_\_\_. Mon interprétation est légèrement différente de celle du chirurgien qui a opéré, quand je mets en première place du diagnostic, non pas le terme vague de l'allodynie, mais la dépendance aux opiacés. Cette dépendance, si elle est prouvée par les analyses pharmacologiques constitue une des raisons principales pour moi d'être pessimiste sur le retour de M. J. \_\_\_\_\_ au travail, dans quelque activité que ce soit. [...]

La pathologie herniaire initiale et l'intervention subies en 2017 justifient une incapacité de travail jusqu'en janvier 2018, vu l'impossibilité de porter des charges lourdes et le recours à des traitements antalgiques ambulatoires fréquents. On peut en effet

reconnaître une perte de capacité de 3 mois après une chirurgie de ce type compte tenu que l'assuré effectue des travaux de forces. D'ailleurs, l'assuré reconnaît lui-même avoir développé une récurrence après avoir porté une charge lourde (25 kg) en octobre 2018, ce qui montre qu'il était à ce moment en pleine possession de ses moyens physiques. Suite à l'opération 2019, il a développé des douleurs mal systématisées, sans territoire nerveux précis, sans corrélation anatomique avec l'intervention. Ces douleurs semblent dans leur expression clinique incompatibles et peu vraisemblables compte tenu des autres éléments du dossier. »

Par conséquent, il appréciait de la manière suivante ses capacités (ch. 7.4) :

« Les capacités de l'assuré ne sont pas réduites dans ses activités quotidiennes, que ce soit pour conduire, faire les courses, s'occuper de son ménage, voir ses amis et pratiquer ses hobbies. Par contre, il n'y a aucune volonté de sa part d'engager des ressources supplémentaires. L'impression générale est que l'assuré se débrouille assez bien seul dans la vie de tous les jours. [...] Il n'y a aucune difficulté objective à ce que l'assuré reprenne une activité professionnelle. [...] Il n'y a pas non plus de limitations fonctionnelles à l'activité professionnelle dans une activité modérément exigeante sur le plan physique. La capacité de travail est entière ».

Dans un avis du 30 septembre 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_, du SMR, complétant comme suit son précédent rapport du 28 avril 2020 :

« [L'expertise] est claire et convaincante dans les limites de la spécialité de l'expert. Il rapporte une anamnèse précise, prend en compte les plaintes de l'assuré, effectue un status complet. Les CT sont cohérentes avec les éléments rapportés. Certaines précisions sont toutefois nécessaires pour éclairer cet avis. L'expert retient une CTAH complète sachant que l'assuré travaille sur le chantier et doit effectuer des efforts physiques moyens. Nous rappelons que l'assuré est peintre en bâtiment et que la plupart des tâches de peintre ne nécessitent pas le port de charges supérieures à 10 kg. Malgré une apparente contradiction, une CTAH à 100% est donc bien possible en aménageant le poste de travail. Concernant une possible dépendance aux opiacés, sur ce point, il y a une contradiction entre la description d'un assuré en pleine forme et qu'il soupçonne de ne pas prendre son traitement et le diagnostic proposé de probable dépendance aux opiacés. Quoi qu'il en soit, nous estimons que l'expert sort de son domaine de compétence à ce sujet. De plus, l'absence de recours psychiatrique, une manifeste absence de perte de capacité dans la vie privée de l'assuré, bien décrite par le chirurgien, nous amène à estimer qu'il n'y a pas la moindre atteinte psychiatrique incapacitante, raison pour laquelle nous ne souhaitons pas compléter cette expertise par un volet psychiatrique. »

Le SMR en a déduit une capacité de travail exigible de 100 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée avec une

limitation modérée des efforts physiques, précisant qu'en dehors des périodes de convalescence post-opératoires estimées à trois mois après chaque intervention, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail.

**f)** Par communication du 26 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions du droit à l'aide au placement.

**g)** Par projet de décision du 30 octobre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail ininterrompue depuis le 21 avril 2017 dans son activité de peintre en bâtiment, mais qu'une pleine capacité de travail pouvait être exigée de lui dans une activité adaptée sans efforts physiques intenses dès le 22 juillet 2017. Compte tenu d'un revenu sans atteinte à la santé de CHF 70'331.22 à 100 %, correspondant au salaire d'un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la construction en 2018, ainsi que d'un revenu avec atteinte à la santé de CHF 64'378.34, correspondant au salaire d'un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services de CHF 67'766.67 à 100 % avec un abattement de 5 % eu égard à son âge, le degré d'invalidité de l'assuré était de 8.46 %. L'OAI estimait que l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, qui ne nécessite pas de formation particulière, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage, taraudage et autres).

**h)** Dans une lettre du 27 novembre 2020, l'assuré a communiqué ses objections à l'OAI. Il a exposé que les deux dernières opérations subies l'avaient rendu invalide, en coupant des nerfs et en blessant son œsophage par l'intubation.

**i)** Lors d'un entretien du 3 février 2021, l'assuré a indiqué qu'il ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle adaptée en

raison de son état de santé. Il a signé une renonciation et l'OAI a mis fin à l'aide au placement.

**j)** L'assuré a transmis à l'OAI un rapport établi le 3 mars 2021 par le Dr P.\_\_\_\_\_, neurologue et médecin praticien, qui a rédigé les conclusions suivantes :

« L'examen de ce jour a permis d'exclure une atteinte nerveuse périphérique, une fragilité nerveuse pourrait constituer un fond sur laquelle évolue des douleurs de type neurogène avec une allodynie de type mécanique également au niveau de la région inguinale et la partie latérale inférieure gauche de l'abdomen, le site d'intervention chirurgicale. A mon avis il s'agit probablement d'une irritation d'une branche nerveuse sensitive qui pourrait expliquer les douleurs locales mais n'expliquent pas les fourmillements jusqu'aux membres inférieurs des deux côtés.

L'examen met en évidence une différence de la sensibilité qui semble diminuée du côté gauche, aux alentours de la cicatrice et qui pourrait être liée à une atteinte d'une branche sensitive innervant la peau à cet endroit. Toutefois, il n'y a pas de signes de dénervation aiguë dans le muscle transverse, ce qui parle dans le contexte clinique contre une atteinte des fibres motrices émanant du nerf ilio-inguinal gauche.

Il existe donc une probable atteinte d'une branche sensitive avec des douleurs neurogènes locales contaminant par la suite les autres territoires sensitifs par phénomène central dans le cadre de douleurs chroniques.

Il faudrait mettre en place un traitement stabilisateur de la membrane nerveuse ainsi qu'un modulateur central de la douleur. »

L'assuré a complété ses objections par lettre du 27 mars 2021, en alléguant que l'expert se serait limité à lui poser des questions et à l'examiner en palpant manuellement les zones douloureuses de sorte que ses considérations seraient de nature subjective. Il s'est prévalu du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, qui avait émis une proposition de traitement sur la base d'une électroneuromyographie et qui faisait état de ses douleurs, qui l'empêchaient de dormir convenablement, de rester assis pour une durée raisonnable et de se déplacer normalement, ce qui ne lui permettrait pas de répondre aux exigences d'un emploi.

Le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, s'est déterminé comme suit au sujet du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, dans un avis daté du 14 avril 2021 :

« Le neurologue élimine une atteinte nerveuse périphérique et une atteinte des fibres motrices du nerf ilio-inguinal gauche et bâtit des hypothèses sur des troubles neurogènes locaux mais sans élément probant. Il propose un traitement mais ne cite aucune LF [limitations fonctionnelles]. Dans ces conditions ce RM [rapport médical] ne fournit pas d'éléments objectifs permettant de modifier le projet de décision. ».

**k)** Par décision du 19 avril 2021, l'OAI a rejeté la demande de J.\_\_\_\_\_ et refusé de lui octroyer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, en reprenant les termes de son projet du 30 octobre 2020. Se déterminant au sujet des objections élevées par l'assuré, l'OAI a considéré qu'elles n'apportaient pas d'élément susceptible de mettre en doute sa position. L'office se basait sur le résultat du nouvel examen du dossier par le SMR, qui estimait que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait éliminé une atteinte nerveuse périphérique et une atteinte des fibres motrices du nerf ilio-inguinal gauche et bâti des hypothèses sur des troubles neurogènes locaux, sans élément probant et sans mention de limitation fonctionnelle.

**B. a)** Par acte du 20 mai 2021, J.\_\_\_\_\_, représenté par Procap Suisse, a recouru contre la décision de l'OAI du 19 avril 2021, concluant à l'annulation de celle-ci, principalement, à la constatation de ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité et à tout le moins à un trois-quarts de rente d'invalidité, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Il a également demandé l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. En substance, il fait valoir que, soit l'expertise ne peut pas être retenue et une instruction complémentaire doit être ordonnée à défaut de se fonder sur l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, soit l'expertise peut être suivie et une instruction complémentaire doit être menée en ce qui concerne la problématique psychiatrique. Il conteste la valeur probante de l'expertise et considère que l'expert a un parti pris lorsqu'il met en doute son comportement et ses dires, se base sur son bronzage et émet des soupçons sur sa situation financière, ainsi qu'un avis sur sa situation familiale. De son point de vue, il faut tenir compte des rapports au dossier et en particulier de ceux du Dr N.\_\_\_\_\_.

**b)** Par décision incidente du 15 juin 2021, l'assistance judiciaire a été octroyée au recourant, limitée à l'exonération d'avances et de frais de justice.

**c)** Dans sa réponse du 15 juillet 2021, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il met en exergue différents passages du rapport d'expertise qui dénotent de nombreuses incohérences dans le comportement du recourant, en relevant par ailleurs les risques accrus que présente la prise d'opioïdes en cas de forte chaleur, lesquels ont été pris en compte par l'expert. Il fait valoir que le SMR a estimé que l'expertise était probante dans le domaine de compétence de l'expert et que la capacité de travail de l'assuré devait être évaluée comme étant entière dans une activité adaptée, voire dans l'activité habituelle moyennant la limitation du port de charge à moins de 10 kg.

**d)** Par réplique du 7 septembre 2021, le recourant confirme ses conclusions, alléguant que l'OAI ne se prononce pas sur les critiques qu'il a formulées à propos de l'expertise.

### **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 a pour objet le refus d'allouer au recourant une rente de l'assurance-invalidité. Le recourant soutient avoir le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité au moins.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 19 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité

de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1).

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5.** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 43 al. 1 LPGA prévoit en effet que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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 asséculoologique. 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).

**7.** En l'espèce, l'OAI a retenu que le recourant présentait depuis le 21 avril 2017 une incapacité de travail ininterrompue dans son activité de peintre en bâtiment, mais qu'à partir du 22 juillet 2017, une pleine capacité de travail pouvait être exigée de lui dans une activité adaptée

sans efforts physiques intenses. Il fixait à 8.46 % son degré d'invalidité. L'OAI estimait que le recourant pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger ne nécessitant aucune formation particulière.

Le recourant reproche à l'OAI de ne retenir que partiellement l'expertise, dont il met par ailleurs en doute la valeur probante. Il considère que l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_ doit être retenu et qu'à défaut, une instruction complémentaire doit être ordonnée auprès d'un autre expert.

**a)** A l'appui de sa demande de prestations AI déposée le 14 mai 2018, le recourant a indiqué comme principal motif des hernies (inguinale et ombilicale). Il a également indiqué qu'il était en incapacité de travail à 100 % depuis mars 2017 pour cause d'une hernie inguinale, dans le formulaire de détection précoce dans le cadre de l'AI.

**b)** Les rapports successivement rédigés par le Dr N. \_\_\_\_\_, en qualité de spécialiste en chirurgie viscérale, mentionnent les diagnostics de hernies (inguinale puis ombilicale) essentiellement posés dès avril 2017. En sus, d'autres diagnostics se sont progressivement ajoutés : une allodynie ombilicale puis sous-ombilicale à partir de l'automne 2017, l'excision de cicatrice et de lipome sous-cutanés en juillet 2018, des douleurs testiculaires d'origine indéterminée et d'éventuelles paresthésies aux quatre membres ainsi qu'une récurrence asymptomatique de hernie inguinale suivie d'une allodynie ombilicale persistante selon les rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ d'octobre 2018, puis une récurrence de hernie inguinale gauche symptomatique d'après son rapport du 20 novembre 2018, qui précise que celle-ci est due au fait que le recourant avait soulevé des bidons de 25 kg, et, enfin, une aggravation des douleurs inguinales gauches en août 2019.

A chaque fois, ces nouveaux diagnostics ont justifié la prolongation de son arrêt de travail et de nouveaux traitements (scanner abdominal, médication, traitement neurosensoriel, ergothérapie, physiothérapie de rééducation neurosensitive, examens par des

spécialistes en urologie, en neurologie et en anesthésiologie et soins intensifs, etc.).

Cette augmentation croissante du nombre de diagnostics au fil du temps contraste avec les conclusions de chacun des rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ qui font état d'interventions sans complication, de suites opératoires immédiates simples, d'un arrêt progressif de la médication prescrite et d'une évolution favorable de sa situation médicale, pronostiquant même une récupération complète dès le début de l'année 2019 (voir ses rapports des 9 et 17 octobre 2018).

Le scanner de l'abdomen n'a mis en évidence aucune anomalie claire (voir rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 4 septembre 2017). Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a simplement proposé le port d'une coudière légère pendant trois mois, dans son rapport du 10 septembre 2018. Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en soins intensifs, a estimé que les valeurs indicatives de douleurs neuropathiques étaient probablement surévaluées compte tenu de l'état général du patient, que ses plaintes étaient variables et inconsistantes et qu'il n'y avait pas d'indication à une antalgie interventionnelle, selon son rapport du 5 mars 2020.

A côté des diagnostics susmentionnés et antérieurement à ceux-ci, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait état d'autres diagnostics, parmi lesquels celui de « probable trouble dépressif ». Il a demandé, dans son rapport de juin 2017, au médecin traitant du recourant d'organiser un soutien psychologique.

Dans son dernier rapport figurant au dossier, daté du 8 novembre 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a listé les diagnostics sans spécifier leur impact sur la capacité de travail du recourant. La première liste de ses diagnostics consiste en une énumération des actes médicaux que ce praticien a réalisés dans le cas du recourant. La deuxième liste contient d'autres diagnostics que le Dr N.\_\_\_\_\_ apparaît avoir repris sur la base

des indications données par le recourant et/ou tirées du dossier médical de ce dernier, sans autre précision.

**c)** Le médecin traitant du recourant, la Dre T.\_\_\_\_\_, a mentionné, dans son rapport du 7 septembre 2018, les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr N.\_\_\_\_\_, ainsi que les plaintes émises par le recourant. Elle considérait alors qu'il était en incapacité de travail depuis décembre 2016 environ dans sa dernière activité de plâtrier-peintre, mais qu'il présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles permanentes depuis le 21 avril 2017, tout en n'excluant pas une amélioration de son état de santé. Dans son rapport du 20 décembre 2019, elle estimait toujours qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 21 avril 2017 dans sa dernière activité, mais elle évaluait alors sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis le 15 décembre 2019, indiquant à titre de limitations fonctionnelles le port de charge et la station assise prolongée. Seul le diagnostic de douleurs inguinales bilatérales est indiqué comme ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis avril 2017.

Dans ses différents rapports, la Dre T.\_\_\_\_\_ n'indique pas avoir organisé un soutien psychologique, ni n'évoque une quelconque atteinte à la santé psychique incapacitante dans le cas du recourant.

**d)** Sur la base des rapports médicaux disponibles et des précisions demandées à la Dre T.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, du SMR, n'a pas retenu de pathologie incapacitante, hormis éventuellement les hernies, pour lesquelles il a estimé qu'une expertise en chirurgie viscérale était nécessaire afin de pouvoir évaluer objectivement l'incapacité de travail (voir ses avis des 7 novembre 2019 et 28 avril 2020).

**e)** L'expertise médicale établie par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale, a conclu à une capacité de travail totale dans une activité modérément exigeante sur le plan physique. Il évaluait également les capacités du recourant comme étant pleines dans ses activités quotidiennes, que ce soit pour conduire, faire les courses, s'occuper de

son ménage, voir des amis et pratiquer ses hobbies. L'expert posait le diagnostic de « douleurs après cure de hernie inguinale gauche » avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de reflux gastro-œsophagien, d'otite moyenne et de probable addiction aux opiacés.

Ce praticien estimait, après le type de chirurgie subie par le recourant pour ses hernies, qu'une incapacité de trois mois pouvait être admise, ce qu'avait d'ailleurs montré, selon lui, le fait que l'assuré puisse porter au mois d'octobre 2018 des charges de 25 kg (voir également sur ce point le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 27 juillet 2017 qui fait également état d'efforts abdominaux effectués par le recourant). Il considérait que les douleurs dont le recourant se plaignait et qui avaient évolué au fil du temps n'avaient ni substrat organique, ni logique. L'expert observait en effet que ces douleurs étaient localisées sur le territoire du nerf fémoral, alors que celui-ci n'était pas touché par une cure de hernie inguinale, et que les douleurs n'étaient pas présentes la nuit, durant des trajets en voiture, les activités de loisir et au cours de son entretien de deux heures avec le recourant, ce qui lui paraissait incohérent. Par ailleurs, le spécialiste mettait en évidence des contradictions entre, d'une part, l'attitude et l'aspect général du recourant et, d'autre part, ses plaintes et les doses de tramadol qu'il déclarait prendre. Il constatait que l'état général de l'assuré était, de manière générale, objectivement bon et ne correspondait pas à celui d'une personne habituée à de telles doses d'opiacés. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ relevait que le recourant consultait relativement peu et que les consultations coïncidaient avec le renouvellement des ordonnances et des arrêts de travail. Enfin, il ne décelait aucun désaccord sur le diagnostic et le traitement du recourant dans l'analyse du dossier, bien qu'il eût employé les termes de dépendance aux opiacés à la place de celui d'allodynie utilisé par le Dr N. \_\_\_\_\_.

On relèvera que l'expert a examiné le patient et détaillé un status complet, considéré ses plaintes, pris connaissance des avis émis par les différents médecins qui avaient été appelés à s'en occuper, établi

une anamnèse complète, étudié le dossier médical et posé un diagnostic. Son appréciation médicale est claire, détaillée et motivée. Au vu de ces éléments, l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels applicables.

L'argument du recourant qui soutient que l'expertise serait dépourvue de valeur probante tombe à faux. Comme exposé ci-dessus, le rapport d'expertise se fonde sur un examen complet et sur les rapports médicaux des Drs N.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_. Il prend en considération les diagnostics posés par ces praticiens et les diverses plaintes du recourant. Le fait que le Dr Q.\_\_\_\_\_ se soit exprimé sur la situation du recourant, son état général, son attitude et ses déclarations, correspond aux tâches d'un expert qui doit contribuer à établir l'état de fait. Ainsi, il incombe précisément à l'expert de se déterminer au sujet des atteintes à la santé d'une personne assurée et de leurs éventuels impacts sur sa capacité de travail et/ou d'accomplir ses travaux habituels.

Dans ce contexte, il faut rappeler que la jurisprudence a reconnu qu'il peut être judicieux, voire même nécessaire, qu'un expert ne limite pas artificiellement les bases de son évaluation aux éléments qui relèvent de son domaine de spécialisation, dans l'intérêt d'une évaluation probante et reflétant de manière fiable les circonstances des faits (TF 9C\_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3 ; TF 9C\_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2), par exemple en cas d'atteintes psychosomatiques.

Dans le cas d'espèce, il ressort clairement de l'expertise que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a identifié au terme de son évaluation médicale et médico-assurantielle, y compris de la situation psychique et sociale du recourant, plusieurs incohérences entre les douleurs dont il se plaint et les faits.

A cet égard, il faut rappeler que le Dr N.\_\_\_\_\_ signalait lui-même des douleurs mal systématisées et évoluant en fonction de l'entretien (voir son rapport du 2 juillet 2018) et que le Dr S.\_\_\_\_\_

relatait des plaintes variables et inconsistantes (voir son rapport du 5 mars 2020).

**f)** Dans son avis du 30 septembre 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertises et a retenu que la capacité de travail du recourant était pleine dans son activité habituelle avec un aménagement du poste de travail, de même que dans une activité adaptée avec une limitation modérée des efforts physiques.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ juge le diagnostic de probable dépendance aux opiacés contradictoire avec la description faite par l'expert d'un assuré en pleine forme, sans signe d'intoxication aux opiacés. Ni l'expert, ni le Dr M.\_\_\_\_\_ ne relèvent d'atteinte psychiatrique incapacitante. Au contraire, l'absence de recours psychiatrique et une pleine capacité du recourant dans sa vie privée décrits dans l'expertise amènent le SMR à renoncer délibérément à compléter l'expertise par un volet psychiatrique. On ne voit donc pas en quoi l'expertise n'aurait été que partiellement retenue par l'OAI en ce qui concerne une éventuelle affection psychiatrique, comme le prétend le recourant.

**g)** Il faut ajouter que le recourant ne produit pas de nouveau rapport médical qui remettrait en question les conclusions de l'expert. En particulier, il ne présente aucun rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie viscérale, qu'il a manifestement consulté (voir lettre du Dr P.\_\_\_\_\_ du 3 mars 2021). Ce dernier l'a adressé à un neurologue qui a émis l'hypothèse d'une atteinte d'une branche sensitive avec des douleurs neurogènes locales, en écartant d'autres hypothèses d'atteinte nerveuse périphérique et d'atteinte des fibres motrices émanant du nerf ilio-inguinal gauche. Le médecin ne formule toutefois aucun diagnostic.

Le recourant n'a pas produit non plus un quelconque avis médical d'un spécialiste en psychiatrie et/ou psychothérapie qui émettrait un diagnostic quant à une éventuelle affection à sa santé psychique. Par ailleurs, le recourant n'a, à aucun moment, allégué souffrir de tels troubles et/ou consulter à cet effet un(e) psychologue ou psychiatre. Enfin, le

recourant ne fournit, par ailleurs, aucun résultat d'une quelconque analyse de sang qui permettrait, le cas échéant, de démontrer une addiction aux opiacés.

**h)** Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimé a retenu une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée sans efforts physiques intenses, ce qui correspond, selon sa décision du 19 avril 2021, à un degré d'invalidité de 8.46 %. Conformément à l'art. 16 LPGA, ce taux d'invalidité a été évalué sur la base des données salariales statistiques en comparant, d'une part, un revenu sans atteinte à la santé à 100 % de CHF 70'331.22 correspondant au salaire d'un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la construction avec, d'autre part, un revenu avec atteinte à la santé de CHF 64'378.34 correspondant au salaire d'un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % de CHF 67'766.67 tenant compte d'un abattement de 5 % eu égard à l'âge du recourant. Celui-ci ne conteste pas le calcul effectué par l'OAI, qui peut effectivement être confirmé.

Il sied de rappeler également que l'OAI a accordé au recourant une aide au placement par communication du 26 octobre 2020 et y a mis fin le 8 décembre 2020, compte tenu du fait que le recourant a renoncé à cette mesure prévue à l'art. 18 LAI. Conformément à l'art. 7 al. 2 LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles, notamment les mesures d'ordre professionnel. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a souligné, la personne assurée n'a pas seulement le droit mais aussi l'obligation de participer aux mesures raisonnablement exigibles (ATF 145 V 2 consid. 4.3.1). Il faut ainsi retenir que des mesures d'ordre professionnel ont été tentées par l'OAI, mais qu'elles n'ont pas été mises à profit par le recourant. Ce dernier soutient qu'en raison de son état de santé, il ne se sentirait pas apte à reprendre une activité professionnelle adaptée. Or, aucune pièce dans le dossier ne vient corroborer ses allégations. Au contraire, les différents rapports médicaux figurant dans le dossier attestent tous d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

**i)** En conclusion, il y a lieu d'admettre l'existence d'une pleine capacité de gain dans une activité adaptée. C'est ainsi à bon droit que l'office intimé a jugé que les conditions pour le droit à la rente n'étaient pas remplies.

**8.** Une nouvelle expertise apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant doit dès lors être rejetée.

Selon la jurisprudence relative à l'appréciation anticipée des preuves, lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). Assureur et juge peuvent ainsi renoncer à effectuer des actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), ils sont convaincus que des faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que des mesures probatoires supplémentaires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

On rappellera que l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne remet pas en question l'avis de son confrère N.\_\_\_\_\_ et que ce rapport a été pris en compte dans sa globalité par l'intimé. Dans la mesure où aucun des médecins consultés par le recourant ne fait état d'une quelconque atteinte psychique incapacitante, on ne voit pas quel élément supplémentaire pourrait apporter une expertise psychiatrique qui serait réalisée plus de cinq ans après le début de l'incapacité de travail initiale. Les constatations médicales objectives recueillies dans ce dossier suffisent à convaincre de l'absence d'effets incapacitants d'une quelconque atteinte psychique dont le recourant ne s'est au surplus jamais plaint.

**9. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 19 avril 2021, confirmée.

**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.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**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 19 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Me Marc Zürcher (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :