

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 septembre 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,  
assesseure  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 28 et 29 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 2011. Sans emploi, il bénéficie des services sociaux.

En 2015, l'assuré a commencé à souffrir de lombosciatiques. En septembre 2015, le diagnostic de hernie discale L5-S1 droite a été posé. En juin 2016, un spécialiste en neurochirurgie ne préconisait pas d'intervention chirurgicale dans l'immédiat, la hernie devant normalement se résorber d'elle-même et lentement disparaître (cf. rapport du 29 juin 2016). L'assuré a travaillé durant quelques mois en 2017 en tant qu'aide de cuisine mais a dû cesser cette activité en raison de douleurs au dos (cf. entretien de détection précoce du 26 novembre 2018). Il a été opéré de sa hernie discale L5-S1 droite, le 3 juillet 2018 (Faxmed de sortie).

Après avoir adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce en septembre 2018, le Centre social régional de [...] lui a fait parvenir une demande de prestations le 28 décembre 2018, pour le compte de l'assuré. S'agissant du genre d'atteinte, il est précisé « hernie discale L5-S1 et lombosciatalgies droites », présentes depuis novembre 2015 à la suite d'une chute dans les escaliers.

Le 23 janvier 2019, l'assuré a consulté un spécialiste en neurologie de l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ qui a constaté que les douleurs du côté gauche dont se plaignait l'intéressé n'étaient pas explicables, dans la mesure où elles n'étaient pas radiculaires. Un avis orthopédique était sollicité. Il n'y avait aucune indication opératoire (rapport du 10 avril 2019).

A la suite d'une consultation ambulatoire du 13 février 2019, l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ a établi un rapport au terme duquel le diagnostic de hernie discale L5-S1 droite connue avec persistance des douleurs depuis 2016 était posé. La hernie

discale, traitée une année plus tôt, n'expliquait pas les douleurs présentes. Un probable syndrome piriforme pouvait être présent. Un avis rhumatologique était requis (rapport non signé et non daté, transmis à l'OAI le 11 avril 2019 par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin assistant à l'Unité de chirurgie spinale du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_.).

Dans un certificat du 12 avril 2019, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté l'incapacité totale de travail de l'assuré du 1<sup>er</sup> décembre 2018 au 28 février 2019, avec reprise d'activité à 70 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2019.

Dans un rapport du 13 mai 2019 à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic incapacitant de lombosciatique S1 droite non déficitaire sur hernie discale L5-S1. Il a précisé ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail, sur les limitations fonctionnelles ou sur le nombre d'heures de travail par jour raisonnablement attendu, n'ayant pas revu l'assuré depuis sa dernière consultation. Le médecin a indiqué avoir vu l'intéressé à deux reprises, les 6 avril et 25 mai 2018.

Le 15 octobre 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de la situation depuis le 30 mai 2019. Il a joint à son envoi un rapport du 16 juillet 2019 du Professeur T.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Centre Anti-Douleur. Le Prof T.\_\_\_\_\_ exposait que l'assuré avait reçu trois injections avant sa cure de hernie discale de 2018. Revoyant l'assuré en juin 2019, il avait effectué une injection transforaminale L5-S1 qui n'avait pas apporté de soulagement. Un test avec de la Lidocaine par voie intraveineuse avait permis d'amender la totalité des douleurs. Le médecin proposait d'organiser une consultation auprès d'un neurologue pour voir si des signes de radiculopathie étaient mis en évidence et préconisait, comme seul traitement adapté, une stimulation médullaire.

Le 22 novembre 2019, le Prof T.\_\_\_\_\_ a exposé avoir eu un très bref contact avec l'assuré. Il a adressé à l'OAI son rapport du 16 juillet

2019 et précisé ne pas avoir connaissance de sa situation actuelle, renvoyant à l'appréciation de son médecin traitant à cet effet.

Dans un rapport du 10 décembre 2019 adressé à l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de lombosciatique gauche depuis mars 2015. La capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée était nulle depuis le 24 novembre 2017 en raison de la douleur.

Le 20 mars 2020, en réponse à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies gauches post-traumatiques dans un contexte intriqué de status après cure de hernie discale L5-S1 droite avec persistance d'un handicap fonctionnel intriqué avec sciatalgies de cartographie S1 gauche, d'atteinte dysfonctionnelle de hanche gauche et du cintre pelvien, et d'hyperlaxité ligamentaire, depuis 2015. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle, depuis mars 2015. L'assuré avait refusé l'électrostimulation proposée par le Prof T.\_\_\_\_\_. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ préconisait de réaliser un électromyographe du membre inférieur gauche auprès du neurologue R.\_\_\_\_\_ ainsi qu'une approche ostéopathique pour réharmoniser le cintre pelvi-fémoral.

En juillet 2020, l'OAI s'est vu remettre un rapport établi le 17 mars 2020 par le Dr Z.\_\_\_\_\_ à l'attention du Dr R.\_\_\_\_\_, ainsi que deux certificats des 14 et 27 novembre 2019 du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ aux termes desquels aucune consommation d'alcool ou d'autres substances n'avait été constatée chez l'assuré au cours de son séjour du 5 au 22 novembre 2019.

Dans un rapport du 29 juillet 2020, le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen réalisé n'avait pas mis en évidence de signes d'atteinte nerveuse périphérique au membre inférieur gauche, ni radiculaire, ni tronculaire. L'absence de signe de dénervation aiguë dans les myotomes L3 à S1 parlait contre une lésion radiculaire à ces niveaux. Selon le médecin, il pourrait y avoir une participation de l'articulation de la hanche

à cette symptomatologie douloureuse. La distribution très proximale de la douleur au niveau du membre inférieur évoquait une souffrance radiculaire L2-L3 plutôt que L5-S1 du côté gauche, ce qui ne semblait pas le cas à l'imagerie.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 9 janvier 2021, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a précisé suivre l'assuré depuis le 15 janvier 2020 et l'avoir vu pour la dernière fois le 17 juillet 2020. Depuis le mois de mars 2020, une lombosciatique gauche irritative, évoquant une neuropathie S1, et une restriction fonctionnelle de la hanche avec un déséquilibre myofascial persistaient. Il s'y associait cliniquement des signes de souffrance facettaire postérieure chez un sujet hyperlaxe. Le déséquilibre lombo-pelvien pouvait être le résultat de postures antalgiques figées, sans pour autant exclure des séquelles d'une capsulite rétractile de la hanche gauche, étant donné la restriction fonctionnelle coxo-fémorale persistante et le déséquilibre myofascial intervenu au niveau du cintre lombo-pelvien. Les lésions mises en évidence à l'arthro-IRM du 29 janvier 2020 (une morphologie de conflit fémoro-acétabulaire et une modeste lésion labrale) n'étaient pas suffisamment pertinentes pour créer une symptomatologie en soi et ne requéraient pas d'intervention chirurgicale. L'assuré ne démontrait pas de signes de simulation ou d'exagération. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'une appréciation fonctionnelle serait souhaitable, au vu de la difficulté d'apprécier la tolérance lors d'activités répétitives ou de port de charges.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé, le 18 janvier 2021, la réalisation d'une expertise rhumatologique.

Le 28 avril 2021, l'assuré a passé un examen clinique rhumatologique auprès du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation au SMR.

Dans un rapport du 11 juin 2021, le Dr B.\_\_\_\_\_ a écarté tout diagnostic incapacitant et retenu les diagnostics de lombo-

pseudosciatalgies gauches dans le cadre d'un status post cure de hernie discale L5-S1 droite le 3 juillet 2018, d'une discopathie L5-S1 et de fine déchirure labrale antéro-supérieure de la hanche gauche, sans effet sur la capacité de travail. Après avoir examiné l'assuré, listé ses plaintes, examiné les documents au dossier y compris le dossier radiologique, le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé une succession d'incohérences dans les déclarations de l'assuré, dans les rapports des médecins ainsi qu'à l'examen clinique. Il a conclu que le comportement douloureux de l'assuré ne se justifiait pas par les modestes atteintes ostéoarticulaires et relevait de facteurs contextuels défavorables, à savoir son statut de réfugié, l'absence de formation, la perte d'emploi, un divorce, une mauvaise intégration et de faibles connaissances en français. Le pronostic était sombre, mais reposait sur ces facteurs, et non sur les atteintes ostéoarticulaires. Sur le plan professionnel, la hernie discale justifiait une incapacité totale de travail dans toutes activités depuis le 24 novembre 2017, comme constaté par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 décembre 2019. En l'absence de complication post-opératoire, l'assuré aurait pu reprendre une activité six mois après l'opération de sa hernie. Passé ce temps de convalescence, il ne demeurait pas de limitations fonctionnelles. L'assuré avait donc recouvré une pleine capacité de travail à partir du 3 janvier 2019. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a par ailleurs dressé la liste des antécédents médicaux, indiquant notamment un tentamen médicamenteux en novembre 2019 et une hospitalisation à l'hôpital de Q. \_\_\_\_\_ du 5 au 22 novembre 2019 avec un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

L'OAI s'est vu remettre, le 17 juin 2021, divers rapports, dont des rapports d'imagerie, les rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ déjà au dossier, un rapport établi le 28 novembre 2019 par les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], à l'issue du séjour de l'assuré à l'hôpital de Q. \_\_\_\_\_, ainsi qu'un faxmed de sortie établi le 23 octobre 2020, l'assuré ayant consulté le service des urgences du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ en raison de douleurs abdominales.

Le 25 juin 2021, l'OAI a rendu un projet de décision au terme duquel il prévoyait de refuser à l'assuré le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Si l'assuré avait été incapable de travailler dans toutes activités du 24 novembre 2017 au 2 janvier 2019, il aurait théoriquement droit à une rente à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2018. Or il avait déposé une demande tardive, le 28 décembre 2018, de sorte qu'une rente ne pouvait être versée que six mois après son dépôt, le 1<sup>er</sup> juin 2019. Toutefois, depuis le 3 janvier 2019, l'assuré était à nouveau capable de travailler à 100 %, de sorte que le droit à des prestations n'était pas reconnu.

Par courrier du 15 juillet 2021, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision, se prévalant de ses douleurs chroniques ainsi que d'une incapacité à travailler pour des motifs psychiques.

Le 9 août 2021, l'assuré a transmis à l'OAI de nombreux rapports figurant déjà au dossier ainsi que des nouveaux documents. Dans un rapport de sortie établi le 7 mai 2021, la Dre [...], médecin aux urgences du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, indiquait que l'assuré avait consulté ce service en raison de troubles de l'état de conscience d'origine indéterminée. Elle exposait que l'anamnèse et les antécédents semblaient évoquer davantage une problématique psychosomatique que neurologique. Un angio-CT crânien du 6 mai 2021 n'avait pas révélé de saignement intra-crânien, de thrombose, de zone d'ischémie, ni d'argument pour une lésion évolutive. Dans un rapport du 30 juillet 2021, la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le psychologue [...] ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques (F32.11), faisant suite à un contexte somatique et à un divorce difficile, d'évolution légèrement favorable. La capacité de travail était nulle.

Dans un avis du 13 août 2021, le SMR a pris position sur les documents transmis. Il a relevé que sur le plan somatique, il n'y avait pas d'éléments nouveaux ou susceptibles de remettre en question les

conclusions du SMR. Au vu du rapport de la Dre F.\_\_\_\_\_, une atteinte psychiatrique ne pouvait être exclue, il y avait lieu de la questionner davantage.

Le 2 décembre 2021, l'OAI s'est vu remettre un rapport daté du 25 août 2021 (sic) de la Dre F.\_\_\_\_\_ et du psychologue [...]. La Dre F.\_\_\_\_\_ précisait que le traitement était dispensé depuis le 12 janvier 2021, à savoir un suivi mensuel psychiatrique, hebdomadaire psychothérapeutique et infirmier, et que le dernier contrôle avait eu lieu le 4 novembre 2021. La Dre F.\_\_\_\_\_ a indiqué que, concernant les aspects purement psychiatriques, il n'y avait pas assez d'élément pour justifier une incapacité de travail. Elle a renvoyé aux médecins pour le volet somatique. Elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotique (F33.2), avec effet sur la capacité, et les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, avec personnalité émotionnellement labile de type impulsif et personnalité histrionique (F61.0), de solitude (Z60.2) et de divorce (Z63.5), sans effet sur la capacité de travail. Elle a constaté une thymie triste, associée à une anhédonie et aboulie, des idées noires fluctuantes mais passives, des angoisses envahissantes face à la perte de l'indépendance et la solitude, sans symptômes psychotiques ni consommations à risque, avec une faible estime de soi et une forte dévalorisation. La Dre F.\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une mesure de réinsertion qui permettrait d'évaluer le potentiel de réadaptation dans une activité adaptée.

Était joint à ce rapport une lettre de sortie non datée établie par le Dr [...], faisant état d'un séjour dans le service des maladies infectieuses du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ du 11 au 15 octobre 2021 et posant le diagnostic principal de pharyngo-amygdalite d'origine virale probable et les diagnostics secondaires de perturbation des tests hépatiques avec cytolyse hépatique et choléstase d'origine indéterminée et d'anémie microcytaire normochrome d'origine inflammatoire, ainsi qu'un rapport d'ultrason abdominal du 15 octobre 2021 et un angio-CT abdominal du 11 octobre 2021.

Dans un avis du 21 décembre 2021, le SMR a estimé que, sur le plan somatique, la pharyngo-amygdalite d'origine virale était une atteinte aiguë, *a priori* sans répercussion durable sur la capacité de travail, avec des tests hépatiques rassurants. Sur le plan psychiatrique, la Dre F.\_\_\_\_\_ ne se positionnait pas clairement, mais faisait état d'un trouble dépressif désormais sévère sans toutefois rapporter d'aggravation. La question d'une dimension somatoforme ou d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques se posait. Le Dr G.\_\_\_\_\_ devait être questionné à nouveau.

Le 10 mars 2022, l'assuré a informé l'OAI que son médecin traitant était désormais la Dre C.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 25 avril 2022, la Dre C.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de trouble de la personnalité sans précision, de lombosciatalgies chroniques L5-S1 et de status post cure de hernie discale en 2018. La capacité de travail était nulle dans toutes activités au vu des symptômes, à savoir des douleurs au niveau lombaire irradiants dans la jambe gauche, une impossibilité de rester assis ou debout plus de quelques minutes et une grande difficulté à se déplacer.

La Dre C.\_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport du 25 février 2022 des Drs K.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique X.\_\_\_\_\_, où l'assuré avait séjourné du 6 au 23 février 2022. L'assuré y avait été adressé par son psychiatre pour un reconditionnement sur le plan physique et une approche psychocorporelle pour la gestion des émotions et des douleurs. Les médecins ont notamment retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9) et rapporté que le séjour avait été écourté au vu du manque de collaboration de l'intéressé. L'assuré avait également séjourné au Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ du 2 au 5 mars 2022, où le diagnostic principal d'acutisation de lombosciatalgies sur insuffisance de traitement avait été posé, en parallèle d'une infection au COVID-19 (cf. rapport du 8 mars 2022 établi par les Drs V.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, médecins du Service de médecine interne du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_).

Suivant l'avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire qui a été confiée au Bureau d'expertise N.\_\_\_\_\_, plus particulièrement aux Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Dans leur rapport du 22 novembre 2022, les experts ont écarté tout diagnostic incapacitant et retenu les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, d'hypotension artérielle, de syndrome lombaire non déficitaire sur status après intervention pour hernie discale L5-S1 droite le 3 juillet 2018 et discopathie L5-S1 (M51.2), de petite fissure labro-cartilagineuse de la hanche gauche (M25.55) et d'épisode dépressif moyen, avec syndromes somatiques (F32.11). Les experts se sont livrés à un examen des ressources, de la cohérence et des éléments de surcharge. Ils ont relevé qu'il n'y avait aucune incohérence clinique sur le plan psychique, que sur le plan de la médecine interne les données objectives à disposition concordent avec leurs constatations et que l'assuré accentuait sa boiterie à gauche lorsqu'il se savait observé, tandis que du point de vue rhumatologique une partie des données subjectives, notamment la sciatalgie gauche, ne retrouvait pas de corrélation avec l'examen clinique et les examens complémentaires. Les experts ont conclu que l'assuré était capable de travailler à plein temps dans toutes activités, à l'exception d'une période d'incapacité de travail du 24 novembre 2017 au 2 janvier 2019 justifiée par une hernie discale L5-S1 ayant nécessité une intervention. Les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle, l'expert psychiatre précisant que la fatigue, la fatigabilité, ainsi que l'envahissement du champ de pensée par les douleurs et par les problèmes socioprofessionnels n'étaient pas d'intensité suffisante pour entraîner une baisse de performance.

Dans un avis du 22 décembre 2022, le SMR a estimé qu'il pouvait suivre les conclusions du Bureau d'expertise N.\_\_\_\_\_. Il a relevé que les conclusions de l'examen clinique rhumatologique restaient d'actualité.

Par décision du 13 janvier 2023, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision. Dans un courrier explicatif du même jour, joint à la décision, il a précisé que les arguments de l'assuré avaient été soumis au SMR, qu'une expertise pluridisciplinaire avait été réalisée et que, de l'avis de ces médecins, il disposait d'une pleine capacité de travail dès le 3 janvier 2019. Le projet de décision reposait en outre sur une instruction complète, sur le plan économique et médical.

**B.** Par acte adressé le 9 février 2023, M. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant en substance à sa réforme et à l'octroi de prestations. Il a contesté être capable de reprendre une activité professionnelle, comme l'indiquaient ses psychologues ainsi que le Dr [...], rhumatologue. Il a également reproché à l'OAI de ne pas avoir motivé sa décision.

Par réponse du 28 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que sa décision et la lettre qui y était annexée expliquaient les motifs pour lesquels un refus de prester était justifié et renvoyaient aux conclusions médicales sur lesquelles il se fondait.

### **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.** Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'un défaut de motivation de la décision attaquée.

**a)** Selon la jurisprudence, l'autorité qui ne traite pas un grief relevant de sa compétence, motivé de façon suffisante et pertinent pour l'issue du litige, commet un déni de justice formel proscrit par l'art. 29 al. 1 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 142 II 154 consid. 4.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références). De même, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et exercer son droit de recours à bon escient (ATF 143 IV 40 consid. 3.4.3 ; 142 I 135 consid. 2.1). Pour satisfaire à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé son raisonnement. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, peuvent être tenus pour pertinents. L'essentiel est que la décision indique clairement les faits qui sont établis et les déductions juridiques qui sont tirées de l'état de fait déterminant (ATF 142 II 154 consid. 4.2 et les références ; cf. ég. TF 9C\_177/2020 du 28 mai 2021 consid. 5.2 non publié à l'ATF 147 V 242).

**b)** En l'occurrence, l'OAI a rendu une motivation brève mais suffisante au regard des exigences rappelées ci-dessus. Il a exposé qu'au vu du dépôt tardif de la demande de prestations, le 28 décembre 2018, le versement de la rente ne pouvait s'effectuer qu'à compter du 1<sup>er</sup> juin 2019, soit six mois après le dépôt de ladite demande (art. 29 al. 1 LAI). Or, depuis le 3 janvier 2019, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et la capacité de travail était à nouveau pleine et entière dans toutes activités

professionnelles. Ainsi, le droit à des mesures professionnelles ou à une rente n'est pas reconnu. Le grief doit ainsi être rejeté.

**3. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, bien que la décision entreprise date du 13 janvier 2023, l'éventuelle ouverture du droit à la rente est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

**4. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**b)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

**d)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** L'OAI a retenu, sur la base des conclusions de l'expertise du Bureau d'expertise N.\_\_\_\_\_, que l'assuré avait été incapable de travailler du 24 novembre 2017 au 2 janvier 2019 et que, depuis lors, il était à nouveau capable de travailler à 100 % dans toutes activités. Le recourant conteste pour sa part l'appréciation de sa capacité de travail.

**b)** Au plan formel, l'expertise du Bureau d'expertise N.\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel rapport. En effet, les experts ont individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé dans leur spécialité. Ils ont ensuite confronté leurs conclusions lors d'une appréciation consensuelle qui a fait l'objet d'un rapport se prononçant sur l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Les experts ont de surcroît fondé leur appréciation sur un dossier médical complet et procédé à une anamnèse approfondie. Ils ont tenu compte des plaintes alléguées par l'assuré et les ont examinées au regard de leurs constatations cliniques. Ils ont posé des conclusions claires et motivées, après analyse des ressources, de la cohérence, de la plausibilité et la mise en évidence de facteurs de surcharge.

Ce faisant, les experts ont exclu tout diagnostic incapacitant, tant sur le plan de la médecine interne, de la rhumatologie que de la psychiatrie. Ils ont retenu les diagnostics d'hypotension artérielle, de syndrome lombaire non déficitaire sur status après intervention pour hernie discale L5-S1 droite le 3 juillet 2018 et discopathie L5-S1 (M51.2), de petite fissure labro-cartilagineuse de la hanche gauche (M25.55) et d'épisode dépressif moyen, avec syndromes somatiques (F32.11). Ces diagnostics n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail.

Ainsi, au plan de la médecine interne, l'experte P.\_\_\_\_\_ a exclu toute pathologie, relevant tout au plus une hypotension artérielle, à l'issue de son examen clinique effectué par système. Aucune incapacité de travail ne se justifiait du point de vue de la médecine interne.

Au plan rhumatologique, l'assuré a rapporté à l'expert qu'il souffrait de douleurs paravertébrales lombaires en barre, irradiées à la fesse gauche et au pli inguinal gauche jusqu'au talon, y compris la nuit, que la toux déclenchait des décharges électriques localisées dans la région paravertébrale lombaire, et que son périmètre de marche était limité à 15 minutes. Lors de l'examen clinique, l'expert D.\_\_\_\_\_ a observé une limitation de la mobilité lombaire pour la flexion et l'antéflexion gauche. Il a noté l'absence de signes de compression radiculaire des membres inférieurs, relevant au demeurant un contexte d'autolimitations importantes. En particulier, lors du testing musculaire de tout l'hémicorps gauche, et lors de l'examen des membres inférieurs, spécialement à gauche, l'assuré ne pouvait pas réaliser une extension complète du genou en décubitus dorsal ; en décubitus latéral, ce pseudo-flessum du genou gauche avait toutefois disparu. La mobilité des coxo-fémorales, signalée comme douloureuse en particulier à gauche, était dans les normes, tout comme les amplitudes articulaires périphériques. L'expert a rapporté que l'assuré s'était montré plaintif et peu collaborant. Il a encore relevé des incohérences : l'assuré avait accentué sa boiterie à gauche lorsqu'il se savait observé et déclarait être incapable de se coucher sur le dos, alors que la motricité spontanée était très peu limitée. L'expert a encore écarté le diagnostic d'hypermobilité, posé par le Dr Z.\_\_\_\_\_, au motif que le score de Brighton était de zéro. Fort de son évaluation, l'expert a constaté qu'une partie des données subjectives ne se retrouvait pas à la clinique. L'expert a ainsi conclu que l'assuré avait été incapable de travailler dans toutes activités dès le 24 novembre 2017 jusqu'au 2 janvier 2019, dite incapacité étant motivée par une hernie discale ayant nécessité une intervention chirurgicale.

Au plan psychique, l'expert J.\_\_\_\_\_ a relevé, à l'examen, un épisode dépressif moyen, avec syndromes somatiques qui avait débuté en mai 2019, date de la séparation d'avec son épouse. L'assuré présentait une humeur triste, une baisse d'intérêt, une baisse d'estime de soi, des difficultés d'endormissement, une baisse d'élan vital, sans idées suicidaires. Il n'y avait pas d'éléments psychotiques associés, car même si l'assuré présentait une méfiance excessive, il relatait être victime

d'humiliations, mais également, de menaces de la part des membres de la famille de son épouse. Il n'y avait pas d'interprétation et pas d'hallucinations. Le trouble dépressif n'était pas récurrent car il n'existait pas d'antécédents de dépression par le passé chez l'assuré ou d'antécédents familiaux psychiatriques et, depuis novembre 2019, date de son tentamen, il existait un continuum dépressif. Ce tentamen, par intoxication médicamenteuse volontaire, était survenu dans un contexte de geste brutal, impulsif, faisant suite à une intolérance à la frustration de ne pas voir sa fille. Aucun traitement antidépresseur n'avait été introduit à la suite de cet événement. Une amélioration rapide avait par ailleurs été constatée. L'assuré ne présentait pas de troubles cognitifs majeurs. L'expert a exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant même s'il existait des douleurs chroniques, non entièrement expliquées par un processus physiologique sous-jacent : certes, l'assuré ne faisait quasiment rien chez lui, mais il ne cherchait pas de bénéfices secondaires. L'expert a au demeurant exclu les diagnostics de la lignée anxieuse, de trouble de la personnalité paranoïaque, trouble de la personnalité évitante ou dépendante, trouble de la personnalité émotionnellement labile, en précisant pour chacun quels critères diagnostiques étaient absents. L'expert psychiatre s'est également prononcé, de manière argumentée et détaillée, sur les rapports au dossier établis par les psychiatres. Dans ce contexte, il a exposé que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques, tel que posé par la Dre F.\_\_\_\_\_ le 30 juillet 2021, paraissait adéquat, tout comme la passivité décrite par le Dr B.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 mai 2021 dans la journée type de l'assuré, même si la description différait de celle qu'il lui avait faite s'agissant du lever et du coucher. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il excluait le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, posé par la Dre F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 août 2021, précisant encore qu'aucun trouble de la personnalité ne pouvait être retenu au motif que l'assuré avait pu fonctionner normalement jusqu'en 2019, date de l'apparition de conflits avec son épouse. Il avait par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles le trouble somatoforme était exclu, bien que retenu par les psychiatres de la Clinique X.\_\_\_\_\_. L'expert a encore constaté que le taux plasmatique de

Trazodone était indétectable dans le bilan biologique réalisé à l'occasion de l'expertise, ce qui était un signe d'inobservance médicamenteuse. Or, en prenant correctement le traitement médicamenteux et en continuant le suivi psychiatrique et psychologique, les chances d'amélioration étaient réelles. L'expert n'a au demeurant constaté aucune incohérence clinique, à l'exception de cette inobservance médicamenteuse. Il a enfin procédé à l'analyse des ressources, capacités et difficultés de l'assuré. Dans ce cadre, il a relevé que l'assuré disposait de ressources, notamment sa fratrie et ses parents, qu'il pouvait conduire, que sa capacité de jugement et de prise de décision était présente, tout comme sa capacité d'adaptation aux règles et aux routines, avec toutefois des difficultés à s'adapter aux situations nouvelles. L'expert psychiatre a ainsi conclu qu'il n'y avait pas de baisse de performance, la fatigue, la fatigabilité et l'envahissement du champ de pensée par les douleurs et les soucis socio-professionnels n'étaient pas d'intensité suffisante. L'assuré était pleinement capable de travailler, du point de vue psychiatrique.

**c)** Aucune pièce au dossier ne vient mettre en cause les conclusions probantes des experts. Le recourant n'a étayé son recours au moyen d'aucun rapport médical et les rapports produits lors de la phase d'objection au projet de décision ont fait l'objet d'une analyse détaillée par les experts.

**d)** Partant, l'OAI était légitimé à se fonder sur les conclusions des experts et à retenir que l'assuré avait été incapable de travailler en raison de sa hernie discale opérée du 24 novembre 2017 au 2 janvier 2019. Or, si l'incapacité de travail a débuté le 24 novembre 2017, la demande de prestation n'a été déposée que le 28 décembre 2018. Cela a pour corollaire que le droit au versement de la rente ne pouvait prendre naissance que le 1<sup>er</sup> juin 2019, soit à l'échéance du délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI. Dès lors qu'au 1<sup>er</sup> juin 2019, la capacité de travail du recourant était à nouveau entière, aucune prestation ne pouvait être versée.

**6. a)** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 janvier 2023 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 mis à la charge d'M. \_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :