

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 mars 2024

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Glas et M. Oppikofer, assesseurs  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 al. 1 LAI**

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

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Sans formation professionnelle, il a occupé différents postes en qualité de marbrier du bâtiment ou funéraire. Au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage dès [...], il obtenu un diplôme de Winbiz en logistique ainsi qu'un permis pour chariot élévateur de 40 tonnes avec bras télescopique permettant de décharger des wagons.

Alors qu'il réalisait, depuis le 10 octobre 2016, un gain intermédiaire en qualité de manœuvre auprès de la société [...], l'assuré a été victime, le 17 octobre 2016, d'une chute dans les escaliers, lui causant une radiculopathie de la vertèbre L5 gauche sur une hernie discale aux vertèbres L5-S1. Il a présenté une incapacité de travail totale à la suite de cet accident. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), laquelle a versé les prestations légales.

Le 22 octobre 2016, l'assuré a été opéré par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, lequel a notamment procédé à une laminectomie et à une décompression de la racine des vertèbres L5-S1 gauche de même qu'à une herniectomy.

Le 9 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir de blocages et de paralysies du dos depuis son accident.

Du 8 mai au 6 octobre 2017, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de modules externalisés auprès de la société [...] AG à [...], laquelle a été interrompue avant son terme, dès lors que son état de santé sur le plan psychique et physique ne permettait pas, à l'heure actuelle, une réinsertion professionnelle.

Le 29 mai 2017, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne lombaire de l'assuré a été réalisée, soulignant la récurrence d'une petite hernie discale médiane paramédiane gauche aux vertèbres L5-S1 associée à la présence de tissu cicatriciel adjacent.

Par rapport du 31 mai 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait état d'un statut postopératoire satisfaisant, sous réserve de la présence d'altérations inflammatoires avec un Modic de type I au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1, tout en attestant une capacité de travail nulle.

Par rapport du 29 juin 2017, ce même spécialiste a exposé que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle réclamant de soulever des poids supérieurs à 5 kg.

Le 26 septembre 2017, la CNA a transmis à l'OAI copie de son dossier, lequel contenait entre autres pièces :

- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 17 octobre 2016 révélant une hernie discale au vertèbres L5-S1 paramédiane gauche légèrement luxée vers le haut - laquelle était susceptible d'expliquer les conflits radiculaires à ces vertèbres -, une nette discarthrose et arthrose interfacettaire modérée aux vertèbres L4-S1 et une lyse isthmique à la vertèbre L5 bilatérale ; et
- un rapport du 29 août 2017 de la Dre R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle posait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies] F43.23) et déclarait qu'une réinsertion par l'assurance-invalidité était souhaitable en parallèle d'un soutien psychologique, cela d'abord à un taux de 50 %, avant d'augmenter progressivement ce dernier.

Par décision du 15 février 2018, la CNA a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 15 janvier 2018.

Par rapport du 15 mars 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs radiculaires avaient été améliorées après l'opération d'octobre 2016, mais que l'assuré avaient développé des douleurs lombaires chroniques par la suite, cela malgré un programme de rééducation intensif auprès d'un ergothérapeute.

Du 15 octobre 2018 au 3 février 2019, l'assuré a pris part à une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement progressif dans le domaine de la logistique auprès de l'association [...] à [...]. Par rapport du 24 janvier 2019, cette dernière a estimé que, pour l'heure, son potentiel de réadaptation n'était pas suffisant pour prétendre à une réintégration sur le marché de l'emploi, la priorité étant une stabilisation de son état de santé et la reprise d'un suivi psychothérapeutique plus étroit.

Par rapport du 12 avril 2019, la Dre R.\_\_\_\_\_ a noté le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (CIM-10 F43.23) depuis mai 2017, tout en mentionnant ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Dans un avis du 17 juillet 2019, le Dr [...], médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant des volets en rhumatologie et en psychiatrie.

Le 31 janvier 2020, l'assuré a été examiné dans les locaux du SMR par les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport du 19 février 2020, ces derniers ont en substance retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure chirurgicale de hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche avec récurrence d'une petite hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche et lyse isthmique à la vertèbre L5 bilatérale ainsi

que les diagnostics – sans influence sur la capacité de travail – de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et d'excès pondéral (avec un indice de masse corporelle de 27,5). Selon eux, l'assuré était – sur le plan rhumatologique – totalement incapable de travail dans son activité habituelle de marbrier depuis le 17 octobre 2016 ; dans une activité adaptée, sa capacité de travail était nulle jusqu'au 29 mai 2017 (date de l'IRM lombaire indiquant un status postopératoire satisfaisant), puis de 70 %. Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail durable. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

« *Sur le plan rhumatologique,*

*Rachis, nécessité de pouvoir alterner 1 à 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition avec des vibrations.*

*Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de LF (limitations fonctionnelles). ».*

Par projet de décision du 19 mars 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Par rapport du 22 avril 2020, la Dre R.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré présentait une reviviscence de symptômes tels que colère, irritabilité, perte de confiance et isolement social avec idées suicidaires passagères. Le refus d'octroi d'une rente d'invalidité était du reste injustifié au vu de la dorso-lombalgie invalidante dont il souffrait.

Le 30 avril 2020, l'assuré, représenté par [...], s'est opposé au projet de décision du 19 mars 2020, alléguant une aggravation de son état de santé. A l'appui de son argumentation, il a produit un rapport du 30 avril 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel faisait état d'une progression – par rapport au dernier examen par imagerie de 2017 – de la discopathie aux vertèbres L5-S1 et d'un aspect stable de la discopathie modérée aux vertèbres L4-L5 ainsi que du diagnostic – non connu auparavant – de lyse isthmique bilatérale associée à un listhésis de grade I

à II, tout en précisant qu'une opération s'avérait indiquée afin de traiter les lombalgies.

Dans un avis du 16 septembre 2020, la Dre Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que le rapport du 22 avril 2020 de la Dre R.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau à même de rendre plausible une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré. Il convenait en revanche de s'informer auprès de ce dernier de la date de l'intervention chirurgicale.

Le 14 octobre 2020, l'assuré a été opéré par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel a réalisé une stabilisation et une fusion par voie postérieure aux vertèbres L4-L5 et L5-S1, un vissage transpédiculaire aux vertèbres L4-L5 et S1 bilatéral ainsi qu'une stabilisation et une fusion avec cage intersomatique aux vertèbres L4-L5 et L5-S1.

Le 10 décembre 2020, ce même médecin a transmis à l'OAI divers pièces, dont :

- un rapport de radiographie du bassin et de la colonne lombaire du 10 septembre 2020 révélant ce qui suit :

« **Colonne lombaire de face et de profil debout :** antélisthésis de L5 sur S1 de grade I-II. Discopathie dégénérative L5-S1 prononcée, et L4-L5 postérieure modérée. Bon alignement du mur vertébral par ailleurs. Pas de perte de hauteur significative des corps vertébraux.

**Radiographies du bassin de face debout :** trame osseuse homogène. Très discret pincement supéro-latéral des articulations coxo-fémorales des deux côtés. Apposition osseuse à la jonction tête-col du fémur proximal gauche. Pas d'anomalie évidente des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne. Sphéricité conservée des têtes fémorales. Petite formation ovale ostéocondensante de 12 x 7 mm en région métaphysaire proximale du fémur droit non spécifique, compatible avec une énostose, déjà visualisée sur le cliché EOS [radio 3D du système ostéo-articulaire] du 27/04/2020. Pas d'autre anomalie notable. » ;

- un rapport du 20 octobre 2020, établi par ses soins, posant le diagnostic principal de lyse isthmique bilatérale de la vertèbre L5 avec antélisthésis de la vertèbre L5 sur la vertèbre S1 de grade II avec sténose foraminale bilatérale aux vertèbres L5-S1 ainsi que les

diagnostics secondaires de discopathies dégénératives aux vertèbres L4-L5 et principalement aux vertèbres L5-S1 avec hernie discale médiane de taille modérée et paramédiane, de status post-laminectomie aux vertèbres L5-S1 à gauche, d'insuffisance segmentaire aux vertèbres L4-L5 et L5-S1 et d'instabilité aux vertèbres L5-S1.

Par rapport du 22 février 2021, le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais ne s'est pas prononcé sur celle dans une activité adaptée. Il a joint plusieurs documents, dont :

- un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 23 décembre 2020 montrant des remaniements cicatriciels des vertèbres L4-L5 à droite sans signes francs de compression radiculaire ; et
- un rapport d'IRM des cuisses du 15 janvier 2021 mettant en évidence une situation œdémateuse des muscles grand fessier, grand adducteur, semi-membraneux et du quadriceps à droite avec discrète amyotrophie et relevant le diagnostic différentiel de myosite ou de dénervation.

Par rapport du 25 mars 2021, le Dr [...], spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de lombalgies invalidantes persistantes, de douleurs du membre inférieur du côté droit, de probable claudications neurogènes avec aggravation des douleurs lombaires et du membre inférieur lors de la marche (la réduisant à une distance d'environ 50 m) et de lâchages du membre inférieur droit. Il n'a pas été en mesure d'évaluer la capacité de travail de son patient.

Par rapport du 12 mai 2021, le Dr D. \_\_\_\_\_ a certifié une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a annexé un rapport d'ENMG (électroneuromyogramme) du 26 février 2021, lequel concluait à une atteinte radiculaire des membres inférieurs des deux côtés, sans signes de

dénervation aigüe dans les myotomes des vertèbres L3 à S1 du côté droit et L4-L5 du côté gauche ni d'atteinte de type myosite.

Par rapport du 18 août 2021, le Dr F.\_\_\_\_\_ a déclaré qu'au vu de l'évolution favorable des neuropathies, l'assuré était capable d'exercer, à un taux de 50 % au maximum, une profession légère et sédentaire de type industriel, sans nécessité de port de charges de plus de 5 kg de manière fréquente et de plus de 10 kg de manière occasionnelle et sans nécessité de mouvements en porte-à-faux du rachis ou en position agenouillée.

Dans un avis du 23 novembre 2021, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a sollicité la mise en œuvre d'une expertise externe en rhumatologie ou d'un examen clinique rhumatologique auprès du SMR.

Le 2 février 2022, l'assuré a été examiné par la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du centre d'expertises P.\_\_\_\_\_ à [...]. Par rapport non daté, envoyé le 9 mars 2022 à l'OAI, cette dernière a fait état des diagnostics - incapacitants - de status post arthrodèse lombaire, de hernie discale avec atteinte radiculaire à la vertèbre L4 confirmée par ENMG et de douleurs neuropathiques ainsi que du diagnostic - non-incapacitant - de status post cure de hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche. Selon elle, la capacité de travail était de nulle depuis 2016 dans l'activité habituelle et de 75 % depuis le 20 avril 2020 dans une activité adaptée ne réclamant pas de porter des charges de plus de 5 kg ou de soulever n'importe quel poids en position penchée en avant et permettant une station mi-assise-mi-debout, avec des pauses régulières afin de changer de position, ou une position assise sur un siège ergonomique, avec la possibilité de se lever régulièrement et de faire quelques pas.

Dans un complément d'expertise du 25 mai 2022, la Dre H.\_\_\_\_\_ s'est prononcé comme suit sur l'évolution de la capacité de travail de l'assuré depuis le mois de février 2020 :

« La reprise de l'analyse du dossier, en tenant compte des modifications survenues au cours de l'année 2020, et en particulier d'une intervention chirurgicale réalisée en octobre 2020, permet d'indiquer que la capacité dans une activité adaptée a été de 75% du 01.02.2020 au 13.10.2020. Elle a été nulle du 14.10.2020 au 20.04.2021 compte tenu d'une évolution difficile post-chirurgicale, puis retour à l'état antérieur, soit à une capacité à 75% dans une activité adaptée depuis le 21.04.2021. ».

Dans un avis du 14 juin 2022, la Dre Z.\_\_\_\_\_, se fondant sur les conclusions des Drs B.\_\_\_\_\_, et X.\_\_\_\_\_ du SMR ainsi que sur celles de la Dre H.\_\_\_\_\_, a évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle à 0 % et, dans une activité adaptée, à 70 % dès le 29 mai 2017, à 0% dès le 14 octobre 2020 et à 75 % dès le 21 avril 2021, se référant au demeurant aux limitations fonctionnelles retenues par l'experte du centre d'expertises P.\_\_\_\_\_.

Par nouveau projet de décision du 18 juillet 2022, l'intimé a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 31 janvier 2021, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> février au 31 juillet 2021.

Le 14 septembre 2022, l'assuré, désormais représenté par Me Olivier Carré, s'est opposé à ce projet de décision, transmettant le 12 décembre 2022 à l'OAI un rapport du 18 octobre 2022 de la Dre R.\_\_\_\_\_, laquelle mettait en évidence le diagnostic de trouble de la personnalité de type antisocial et considérait qu'une intégration sur le marché de travail était inenvisageable, de même qu'un rapport du 17 novembre 2022 des Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, lesquels confirmaient la présence de lombalgies mécaniques invalidantes, de douleurs neuropathiques et de cruralgies.

Par décision du 29 mai 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 juillet 2022.

**B.** Le 26 juin 2023, G.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens

que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, puis nouvelle décision. Il a en substance soutenu que le dossier avait été instruit de manière lacunaire, cela en particulier sur le plan psychiatrique. La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique se révélait donc indispensable. Le recourant a annexé à son acte le rapport du 18 octobre 2022 de la Dre R. \_\_\_\_\_ et celui du 17 novembre 2022 des Drs D. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_.

Par réponse du 5 septembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que le rapport des Drs B. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du SMR et celui de la Dre H. \_\_\_\_\_ remplissaient les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait donc pas.

Par réplique du 30 octobre 2023, le recourant a maintenu ses conclusions, joignant un lot de pièces, dont un rapport du 16 octobre 2023 du Dr D. \_\_\_\_\_, selon lequel il se trouvait toujours en incapacité totale de travail, ainsi qu'une série de courriers de son mandataire à ses médecins traitants.

Par duplique du 13 novembre 2023, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il a annexé un avis établi le 7 novembre 2023 par la Dre Z. \_\_\_\_\_ du SMR, laquelle contestait notamment la validité du diagnostic de trouble de la personnalité de type antisocial posé par la Dre R. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 octobre 2022.

### **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. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente.

**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.

Dans le cas présent, le recourant a déposé, en date du 9 mars 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne notamment l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

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

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)** 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).

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

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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).

**c)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5. a)** En l'espèce, sur le plan somatique, la Dre H.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport d'expertise, les diagnostics - impactant la capacité de travail - de status post arthrodèse lombaire, de hernie discale avec atteinte radiculaire à la vertèbre L4 et de douleurs neuropathiques de même que le diagnostic - non-incapacitant - de status post cure de hernie discale aux vertèbres L5-S1 à gauche. Selon elle, les limitations du recourant trouvaient leur origine dans l'atteinte neuropathique, avec des douleurs invalidantes justifiant un traitement assez lourd. Une insuffisance musculaire associée à un enraidissement rachidien en rapport avec l'arthrodèse était également présente. Les capacités de l'assuré relevaient en revanche de la persistance d'un bon status des membres supérieurs et du rachis cervico-dorsal, sans limitations fonctionnelles et sans douleurs pour la partie supérieure du corps. Ainsi, la capacité de travail dans l'activité habituelle de marbrier était nulle depuis l'accident de 2016. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, l'experte du centre d'expertises P.\_\_\_\_\_ a précisé, dans son complément du 25 mai

2022, qu'elle se montait à 75 % entre le 1<sup>er</sup> février et le 13 octobre 2020, puis à 0 % du 14 octobre 2020 au 20 avril 2021 en raison d'une évolution difficile après la seconde opération, avant de revenir à 75 % dès le 21 avril 2021.

Au regard des différentes pièces versées au dossier, les conclusions de la Dre H.\_\_\_\_\_ n'emportent toutefois pas conviction sous plusieurs aspects. Ainsi, s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'experte du centre d'expertises P.\_\_\_\_\_ n'a donné aucune explication - quand bien même l'intimé l'a implicitement interrogée à ce sujet - sur les raisons pour lesquelles elle l'avait évaluée à 75 % de février à octobre 2020 puis à compter d'avril 2021, alors que le Dr B.\_\_\_\_\_, du SMR, l'avait, lui, estimée à 70 % dès le 30 mai 2017 dans son rapport du 19 février 2020. Le Dr D.\_\_\_\_\_, dans ses rapports des 22 février et 12 mai 2021, a en outre attesté d'une complète incapacité de travail dans une telle activité. Or, la Dre H.\_\_\_\_\_ n'a à aucun moment discuté l'avis divergeant de ce spécialiste, malgré le fait que ces deux rapports lui avaient été communiqués avant l'examen du 2 février 2022 et qu'un résumé figure dans son rapport d'expertise. Il en est de même en ce qui concerne le rapport du 18 août 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel avait certifié une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Qui plus est, ce médecin et le Dr D.\_\_\_\_\_ ont confirmé, dans leur rapport du 17 novembre 2022, que l'experte du centre d'expertises P.\_\_\_\_\_ ne les avait pas contactés au préalable, tout en faisant état d'une capacité de travail réduite de moitié dans une telle activité en raison des lombalgies mécaniques invalidantes, des douleurs neuropathiques et des cruralgies. On peine du reste à saisir pourquoi la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait toujours à 75 % à la fin du mois d'avril 2020, alors que le Dr F.\_\_\_\_\_ avait constaté une aggravation de l'état de santé du recourant à cette date. La Dre H.\_\_\_\_\_ ne s'est enfin pas prononcée sur les motifs pour lesquels elle avait écarté le diagnostic de lyse isthmique bilatérale associée à un listhésis de grade I à II, lequel avait été posé par les deux médecins traitants de l'assuré dans leur rapport respectif des 30 avril et 20 octobre 2020.

**b)** Sur le plan psychique, le Dr X.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé, dans son rapport du 19 février 2020, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2), tout en précisant que ce dernier n'exerçait aucune influence sur la capacité de travail du recourant. Estimant la conclusion de ce spécialiste probante, l'intimé n'a pas instruit plus amplement ce volet. Or, la Dre R.\_\_\_\_\_ a par la suite fait état, dans son rapport du 22 avril 2020 d'une part, d'une reviviscence de symptômes tels que colère, irritabilité, perte de confiance et isolement social avec idées suicidaires passagères et, dans son rapport du 18 octobre 2022 d'autre part, d'un trouble de la personnalité de type antisocial, lequel était totalement invalidant. Dès lors, au regard de ces explications apportées par la psychiatre traitante en cours d'instruction, on ne saurait formellement exclure une décompensation du trouble de la personnalité chez l'assuré, compte tenu notamment de sa très faible tolérance face à la frustration, de ses accès de colère, de sa propension à tenir des propos agressifs et menaçants envers les tiers ainsi que de son incapacité à maintenir durablement des relations et à éprouver de la culpabilité. Contrairement à l'avis établi le 7 novembre 2023 par la Dre Z.\_\_\_\_\_, du SMR, il ressort du dossier constitué que le recourant ne présente pas uniquement des troubles de type dépressif. Il s'ensuit que le diagnostic de trouble de la personnalité retenu par le Dr R.\_\_\_\_\_ aurait dû être confronté à l'opinion d'un expert psychiatre.

**c)** Partant, au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait se reposer sur le rapport d'expertise de la Dre H.\_\_\_\_\_ et sur le volet psychiatrique du rapport du 19 février 2020 du SMR pour fonder sa décision litigieuse du 29 mai 2023, ces documents médicaux ne remplissant pas les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 4c). Des investigations supplémentaires sur les plans rhumatologique et psychiatrique auraient au contraire dû être menées.

**6. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 29 mai 2023 par l'intimé annulée. La cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une

expertise externe comportant - à tout le moins - des volets en rhumatologie et en psychiatrie (toute autre spécialité, notamment en neurologie, étant réservée), puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 mai 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :