

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pietro Rigamonti, à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 44 al. 6 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 7k OPGA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], ressortissant [...] titulaire d'un permis C, en Suisse depuis [...], marié et père d'un enfant né en [...], maçon sans formation, a été victime d'un accident du travail le 13 juin 2019. Selon la déclaration d'accident du 19 juin 2019, alors qu'il bétonnait une dalle et en décrochait un tube de la grue, l'assuré a tourné un peu rapidement le tube qui lui a frappé le visage et des douleurs ont été ressenties au niveau des cervicales.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) qui a informé l'assuré par courrier du 13 août 2019 verser des indemnités journalières de 133 fr. 30 par jour calendaire dès le 16 juin 2019.

Selon les certificats médicaux versés au dossier de la CNA, l'assuré a été en incapacité totale de travail du 14 juin au 16 juillet 2019.

Par certificats des 2 et 8 juin 2020, le Dr A. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} au 8 juin 2020, puis jusqu'au 30 juin 2020. Il a ensuite régulièrement attesté une incapacité de travail totale.

Dans un rapport du 29 juillet 2020, le Dr X. _____, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic de syndrome radiculaire plutôt C6 gauche sur une sténose foraminale C5-C6 bilatérale avec protrusion discale du côté gauche, à la suite d'un accident professionnel survenu le 13 juin 2019. Il a indiqué que les douleurs s'étaient exacerbées depuis mars 2020 et que malgré un traitement conservateur bien mené, les douleurs persistaient. Il a préconisé dans un premier temps la poursuite du traitement conservateur, raison pour laquelle il avait organisé une infiltration foraminale C5-C6 gauche.

Le 30 juillet 2020, la CNA a informé l'assuré par courrier qu'il avait droit à une indemnité journalière de 157 fr. 55 par jour calendaire en

lien avec la rechute de son accident professionnel du 13 juin 2019 annoncée le 24 juin 2020.

Le 5 novembre 2020, l'assuré a déposé 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) indiquant, quant au genre d'atteinte à la santé, un accident de travail le 13 juin 2019 avec atteinte des cervicales, en attente d'une opération. Il a également indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2020.

Dans un rapport du 19 novembre 2020 adressé à l'OAI, le Dr X. _____ a posé le diagnostic de hernie discale C5-C6 gauche depuis juin 2019. Il a indiqué que l'assuré devait se faire opérer mais que son opération avait été reportée en raison de la crise sanitaire. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le 1^{er} septembre 2020 dans toutes activités professionnelles.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 1^{er} décembre 2020, [...] a indiqué que l'assuré avait travaillé à 100 % du 27 mai au 13 juin 2019 pour un salaire horaire de base de 29 fr. 50 (+ 3 fr. 97 d'indemnité de vacances, 1 fr. 09 d'indemnité de jours fériés et 2 fr. 87 à titre de part au treizième salaire).

Le 14 décembre 2020, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné le dossier de l'assuré et a constaté qu'il avait subi un traumatisme du rachis cervical lors d'un accident professionnel survenu le 13 juin 2019. Selon la description de l'événement, lors de travaux de bétonnage, un tuyau avait frappé la tête de l'assuré qui avait ressenti une douleur immédiate dans la région du rachis cervical. Un examen radiologique du 14 juin 2019 avait révélé la présence de lésions dégénératives dans le sens d'une discopathie dans le segment C5-C6. Selon les explications du rapport du service extérieur, une reprise de l'activité professionnelle avait été possible. Au cours du mois de mai 2020, il y avait eu une augmentation des douleurs au niveau de la

nuque et une irradiation dans l'épaule gauche qui avait impliqué une imagerie par résonance magnétique [IRM] réalisée le 28 mai 2020, laquelle avait révélé des lésions dégénératives dans les segments C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec une protrusion discale et une sténose foraminale dans le segment C5-C6. Cette constatation devait être considérée comme non accidentelle en ce qui concernait l'événement du 13 juin 2019 relevant de la CNA. L'examen IRM avait également montré des lésions dégénératives pluriétagées. Une symptomatologie radiculaire était documentée pour la première fois moins d'un an après l'accident. Le Dr L. _____ a conclu en disant que l'opération proposée par le Dr X. _____ avec discectomie en C5-C6, implantation d'une cage et fixation à l'aide d'une plaque en présence d'une sténose foraminale en C5-C6 et d'une protrusion discale à gauche ne devait pas être considérée comme d'origine accidentelle.

Il ressort d'un rapport du 18 décembre 2020 du Dr X. _____ que l'assuré a été opéré le 9 décembre 2020 d'une discectomie antérieure C5-C6 avec mise en place d'une cage Tryptik et d'une plaque Venture.

Par décision du 28 décembre 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle n'interviendrait pas pour les frais de l'opération du 9 décembre 2020 et qu'elle mettait fin aux prestations au 8 décembre 2020. Elle a confirmé cette décision par décision sur opposition du 18 juin 2021.

Dans un rapport du 8 mars 2021 à l'OAI, le Dr X. _____ a indiqué que l'assuré était en arrêt de travail avec une incapacité totale depuis le 1^{er} septembre 2020.

Selon un questionnaire rempli par le Dr A. _____ et indexé le 3 mai 2021 par l'OAI, l'assuré était en totale incapacité de travail depuis le 1^{er} juin 2020.

A la requête de l'OAI, le Dr X. _____ a répondu à ses questions le 15 juillet 2021 en indiquant ce qui suit :

« 1. Syndrome radiculaire L5 du côté droit sur une hernie discale L4-L5 paramédiane droite.

2. Le patient présente depuis plusieurs semaines l'apparition d'une lombosciatalgie irradiant dans le territoire radiculaire L5 du côté droit résistant à tout traitement conservateur.

3. Le patient est en incapacité d'exercer son activité professionnelle au vu d'une hernie discale L4-L5 paramédiane droite. Personnellement, je lui ai fait un arrêt de travail du 1.09.2020 au 31.03.2021. Les autres certificats de travail ont dû être faits par le médecin traitant.

4. Le patient est en incapacité de travail. Il va bénéficier d'une intervention chirurgicale par microdiscectomie L4-L5 droite planifiée pour le 4.08.2021.

5. Au vu de l'intervention programmée au mois d'août, le patient ne peut pas exercer d'activité professionnelle.

6. Se référer à la question no 3.

7. Le patient va bénéficier d'une intervention chirurgicale pour microdiscectomie L4-L5 droite le 4.08.21. »

Dans un rapport du 29 novembre 2021 adressé à l'OAI, le Dr X. _____ a posé le diagnostic de status post-cure de hernie L4-L5 paramédiane droite. Il a indiqué que l'assuré avait été opéré le 4 août 2021 avec une amélioration de ses douleurs mais qu'il était toujours en incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2021. Il a précisé que l'assuré ne pouvait pas porter des charges lourdes de plus de 5 à 10 kg et devait changer de position fréquemment entre la position assise et debout. Il a joint un protocole opératoire du 11 août 2021 selon lequel l'assuré avait subi une séquestrectomie et microdiscectomie L4-L5 droite par abord interlaminaire et sous technique microchirurgicale le 4 août 2021.

Un rapport du 7 février 2022 relatif à une IRM du rachis lombaire est arrivé à la conclusion suivante :

« Status après hémilaminectomie droite L4-L5 sans signe de récurrence de protrusion discale. Remaniements fibro-inflammatoires L4-L5 en région foraminale et récessale droite s'étendant distalement jusqu'au neuroforamen L5-S1 droit, avec engainement inflammatoire des racines L4 et L5 à ce niveau, probablement responsable de la symptomatologie radiculaire du patient.

Arthrose facettaire postérieure lombaire basse avec des signes de poussée congestive à droite L4-L5

Au vu de la symptomatologie radiculaire L5 droite, une infiltration de corticostéroïdes foraminale L5-S1 droite sous guidage CT pourra être réalisée selon votre appréciation clinique. »

A la demande de l'OAI, l'assuré, désormais représenté par Me Pietro Rigamonti, a indiqué, par courrier du 18 mai 2022, qu'il n'était actuellement pas suivi par un psychiatre.

Faisant suite à un questionnaire de l'OAI du 12 mai 2022, le Dr X. _____ a indiqué, dans un rapport du 30 mai 2021 [recte : 2022], que la situation de l'assuré n'avait pas évolué avec la persistance de douleurs lombaires droites irradiant au niveau de la fesse et parfois au niveau du pli de l'aîne, ainsi qu'au niveau de la face latérale de la cuisse et de la jambe du côté droit. Il a posé le diagnostic de blocages lombaires avec syndrome lombovertébral chronique après status post-séquestrectomie et microdiscectomie L4-L5 droite le 4 août 2021. Il a indiqué comme limitation fonctionnelle la limitation du portage de charges lourdes à maximum 5 à 7 kg avec un changement de position fréquent entre la position assise à debout. Il a enfin précisé que l'assuré était toujours en arrêt de travail à 100 % et qu'il pensait qu'il aurait des douleurs chroniques au niveau lombaire.

Dans un rapport à l'OAI indexé le 17 juin 2022, le Dr V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de lombo-pygalgie droite chronique, de cervicalgies chroniques et de probable trouble dépressif réactionnel. Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 à 100 % dans une activité adaptée selon évolution. Il a également indiqué comme limitations fonctionnelles les escaliers et le port de charge ainsi que le fait que la marche était limitée par les douleurs et que la position en porte-à-faux était douloureuse.

Par avis du 2 août 2022, le Dr C. _____, médecin praticien auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a conclu qu'au vu de la situation, à savoir celle d'un assuré avec des douleurs lombaires et cervicales chroniques depuis juin 2019 avec une amélioration initiale puis une recrudescence en juin 2020 nécessitant deux interventions neurochirurgicales, il était essentiel d'avoir une évaluation objective de la situation avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des

indicateurs standards jurisprudentiels tout en excluant les facteurs extra médicaux qui n'étaient pas du ressort de l'AI et en prenant en compte l'ensemble des éléments médicaux à disposition. Il a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, un volet rhumatologique et un volet de médecine interne.

Par courrier du 10 octobre 2022, le conseil de l'assuré a fait savoir à l'OAI que son client avait subi début août 2022 une déchirure du ménisque à la suite d'une chute qui avait nécessité une intervention chirurgicale le 2 septembre 2022 et qu'il était par ailleurs suivi par le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie, en raison de douleurs récurrentes aux lombaires consécutives à cette intervention, lesquelles allaient nécessiter la pose d'un ou deux neurostimulateurs aux lombaires.

Le mandat d'expertise a été confié au Centre Centre K._____ à [...], respectivement aux Drs H._____, spécialiste en rhumatologie, T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, spécialiste en médecine interne, qui ont vu l'assuré les 1^{er}, 14 et 16 décembre 2022, puis ont déposé un rapport le 31 janvier 2023, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence de consensus via des moyens électroniques le 20 janvier 2023), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de rachialgies : contusion cervicale le 13 juin 2019, status après discectomie antérieure C5-C6 avec mise en place d'une cage et d'une plaque (ACDF) le 9 décembre 2020, status après micro-discectomie L4-L5 pour hernie discale le 4 août 2021 et status après mise en place d'un stimulateur médullaire le 23 novembre 2022. Ils ont retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status après opération pour méniscopathie en septembre 2022, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé (G47.3) depuis décembre 2022, de céphalée de tension (G44.2), de tabagisme actif (T65.2), de surpoids (BMI 29.1 kg/m²) et de possible hypertension artérielle stade I (I10). Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon depuis le 13 juin 2019 et de 100 % dans une activité adaptée depuis toujours à part

les périodes post-opératoires pour les opérations au niveau cervical en décembre 2020 et au niveau lombaire en août 2021 et novembre 2022. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg ou de port ponctuel de charges de plus de 10 kg, pas de position prolongée avec le haut du corps en porte-à-faux et pas de mouvement répétitif en flexion/extension ou rotation du tronc, l'activité devant en outre permettre l'alternance des positions assis/debout.

Par avis du 17 février 2023, le Dr C. _____ du SMR a conclu qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de cette expertise.

Par communication du 28 février 2023, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'une aide au placement étaient remplies.

Par projet de décision du même jour, il a indiqué à l'assuré qu'il projetait de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité dès lors qu'il possédait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 19 avril 2023, l'assuré a, sous la plume de son représentant, fait part de ses observations au projet de décision précité. Il a joint à son envoi plusieurs pièces médicales, à savoir :

- un rapport du 7 mars 2023 du Dr Q. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, selon lequel le patient supportait assez bien la mise sous CPAP [Continuous positive airway pressure] jusqu'à une fracture nasale du 17 décembre 2022 ;

- un rapport du 15 mars 2023 du Dr F. _____ mentionnant que l'implantation du système de stimulation médullaire s'était déroulée sans problème et que la couverture des zones douloureuses était optimale, le contrôle des douleurs étant meilleur qu'avant la pose du stimulateur, même s'il persistait une grande fatigabilité et un déconditionnement global considérable. Ce rapport précisait également

que le patient, extrêmement déconditionné, présentait une détérioration claire de son humeur avec un état dépressif larvé pour lequel il était en recherche d'un psychiatre ;

- un rapport du 22 mars 2023 du Dr Q._____ posant le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil et indiquant qu'en ce qui concernait le status ORL, il y avait relativement peu de limitations qui avaient été constatées ;

- un rapport du 29 mars 2023 du Dr S._____, médecin praticien, selon lequel l'assuré n'était pas capable de travailler sans qu'une reprise de travail ne soit envisageable dans un délai relativement long ;

- un rapport du 12 avril 2023 du Dr X._____ posant les diagnostics de syndrome cervicovertébral à prédominance gauche chronique, associé à un engourdissement du membre supérieur gauche sur une sténose foraminale C5-C6 gauche persistante, de blocages lombaires fréquents et syndrome lombovertébral chronique, de récurrence d'un syndrome radiculaire avec des douleurs paralombaires droites et une pyralgie d'origine indéterminée, de status post mise en place d'un neurostimulateur le 23 novembre 2022, de status post séquestrectomie et microdiscectomie L4-L5 droite le 4 août 2021 et de status post ACDF C5-C6 avec plaque le 9 décembre 2020. Il a estimé qu'au vu du tableau clinique mêlant des douleurs lombaires chroniques et des douleurs cervicales avec brachialgies gauches qui duraient depuis des mois, voire des années, l'assuré était dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle dans son domaine ou dans une activité adaptée à 100 %, le portage de charges lourdes et les positions statiques prolongées, que ce soit debout, assise ou couchée, augmentant sa symptomatologie. Il a précisé qu'au vu de l'intensité de ces douleurs et des résultats des examens radiologiques, il ne voyait pas comment l'assuré pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée sans augmenter ses douleurs et risquer d'aggraver la situation ;

- un rapport du 19 avril 2023 du Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquant qu'il avait rencontré l'assuré pour la première fois le 3 avril 2023 et qu'il était évident qu'il nécessitait un suivi psychiatrique-psychothérapeutique régulier ainsi qu'un traitement antidépresseur mis en place dès le 3 avril 2023. Il a précisé que le travail d'expertise nécessaire afin de faire opposition à la décision rendue « par l'OCAS » prendrait vraisemblablement deux mois à la suite de l'anosognosie de l'assuré concernant son trouble psychique et au besoin prioritaire de stabiliser son tableau clinique.

Par avis SMR du 10 mai 2023, le Dr C._____ a considéré que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de modifier leurs conclusions médicales.

Par décision du 5 juin 2023 confirmant son projet du 28 février 2023, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité à l'assuré au motif qu'une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg ou de port ponctuel de charges de plus de 10 kg, pas de position assis/debout, éviter les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux et éviter les mouvements répétitifs en flexion/extension ou rotation du tronc. L'OAI a comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé, à savoir 66'729 fr. selon son ancien employeur, avec les revenus tirés des statistiques officielles par 65'683 fr. 48, réduit ensuite de 5 % pour tenir compte de l'âge de l'assuré, pour arriver à un degré d'invalidité de 6,49 % en dessous des 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Il a précisé que l'assuré pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement. Quant aux mesures professionnelles, elles n'avaient pas lieu d'être du moment que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à sa portée,

sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a pris position sur les objections de l'assuré.

B. Par acte du 10 juillet 2023, M. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2020 et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, la mise à disposition des enregistrements sonores des entretiens effectués dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 31 janvier 2023 et l'audition des Drs S. _____, Z. _____, F. _____ X. _____ et G. _____, spécialiste en pneumologie, ainsi que sa propre audition.

Il a en substance fait valoir que les faits avaient été établis de manière incomplète dans la mesure où l'intimé avait fondé sa décision uniquement sur la base d'une expertise pluridisciplinaire dont il contestait la valeur probante et au vu des avis divergents émis ensuite par différents spécialistes. Selon lui, son état de santé n'était pas stabilisé lorsqu'il s'était soumis à l'expertise pluridisciplinaire, ayant été opéré par le Dr F. _____ à peine huit jours avant et ayant subi une opération pour méniscopepathie du genou gauche en septembre 2022. Il a également relevé que l'expert en rhumatologie avait éteint l'enregistrement sonore avant de continuer à l'ausculter et qu'il était ainsi à craindre que les observations et le déroulement de l'auscultation n'aient pas été retranscrits de manière fidèle. S'agissant du volet de médecine interne, le recourant a fait valoir que l'experte n'avait pas considéré que le diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil avait une incidence sur sa capacité de travail, à tort selon lui. Concernant le volet psychiatrique, il aurait dû être davantage exploré dans la mesure où l'avis du SMR du 2 août 2022 mentionnait qu'il existait une suspicion de symptomatologie dépressive sans suivi psychiatrique. De plus, l'anamnèse sociale du volet psychiatrique contenait des imprécisions importantes concernant sa vie de famille dans la mesure où il n'avait pas de fils biologique mais avait adopté avec sa femme le neveu de celle-ci, situation ayant généré

d'importantes inquiétudes pour lui qui continuaient encore avec l'adolescence de son fils adoptif. En outre, le recourant a fait valoir que l'entretien avec l'expert psychiatre avait été extrêmement bref, à savoir une heure, et qu'il n'avait pas compris le sens de cette évaluation. Enfin, le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le Dr Z._____ n'avait pas été pris en compte dans la décision querellée ce qui devait entraîner son annulation. S'agissant de son incapacité de travail totale, il a souligné que ses différents médecins l'avaient confirmée, notamment les Drs S._____, X._____, A._____, Z._____ et G._____. Il a encore fait valoir que la perspective de mettre à profit une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée semblait illusoire dans la mesure où il était âgé de 56 ans, qu'il était sans formation, qu'il n'était installé en Suisse romande que depuis 2019 et ne parlait pas le français et qu'il était isolé socialement.

A l'appui de son recours, il a produit un onglet de pièces sous bordereau, comprenant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 2 décembre 2022 de la Dre G._____ posant le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif après avoir procédé à une polygraphie nocturne le 28 novembre 2022 ;

- un rapport du 12 mai 2023 du Dr X._____ posant les mêmes diagnostics que dans son rapport du 12 avril 2023 et relevant que l'électroneuromyogramme [ENMG] réalisé le 29 mars 2023 permettait d'exclure une lésion radiculaire du membre supérieur gauche dès lors qu'il existait une absence de signe d'innervation aiguë dans le myotome C4 à D1. Il a en revanche précisé qu'il existait un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance droite tout en exposant qu'il ne préconisait pas d'attitude chirurgicale pour le moment ;

- un rapport du 15 juin 2023 de la Dre G._____ posant le diagnostic de syndrome d'apnées/hypopnées mixtes du sommeil de degré sévère ;

- un courriel du Dr Z._____ du 19 juin 2023 adressé au conseil du recourant dans lequel il a expliqué que le recourant avait une compréhension limitée de la souffrance psychique et qu'il n'en avait pas parlé pendant l'expertise psychiatrique car il ne la reconnaissait pas, n'ayant de plus pas compris le sens d'une évaluation psychiatrique ;

- un rapport du 20 juin 2023 du Dr Z._____ posant le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) et attestant une incapacité de travail totale dès le 3 avril 2023.

Dans sa réponse du 8 août 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 11 septembre 2023, le recourant a produit un rapport du Dr Z._____ du 10 septembre 2023 et a requis qu'il soit ordonné que les pièces médicales nouvelles, y compris celle précitée, soient soumises au SMR pour nouvel avis.

Par duplique du 16 octobre 2023, l'intimé a indiqué que les éléments médicaux apportés lors de l'acte de recours ne permettaient pas de modifier ses conclusions jusqu'à la décision attaquée du 5 juin 2023. Il a précisé que si le dernier rapport du Dr Z._____ pouvait laisser voir une possible aggravation de l'état de santé du recourant, il ignorait son effet sur la capacité de travail après la décision attaquée. A l'appui de son écriture, il a produit un avis SMR du Dr C._____ du 11 octobre 2023.

Le recourant s'est encore déterminé par écritures des 10 et 15 novembre 2023 et a transmis un certificat du Dr Z._____ du 13 novembre 2023.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1

al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. 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^{er} 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, ce qui est le cas en l'espèce dès lors que les faits pertinents se sont déroulés antérieurement à cette date et qu'un éventuel droit à la rente d'invalidité prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022.

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.

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. 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 (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 LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre,

lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) Si 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

f) aa) Depuis le 1^{er} janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGA). L'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (art. 7k al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). Au moyen d'une déclaration écrite adressée à l'organe d'exécution, l'assuré peut annoncer avant l'expertise qu'il renonce à

l'enregistrement sonore (art. 7k al. 3 let. a OPGA) ou demander la destruction de l'enregistrement jusqu'à dix jours après l'entretien (art. 7k al. 3 let. b OPGA). Avant l'entretien, il peut révoquer sa renonciation au sens de l'art. 7k al. 3 let. a OPGA auprès de l'organe d'exécution (art. 7k al. 4 OPGA). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (art. 7k al. 5 OPGA). Les experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (art. 7k al. 7 OPGA). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (art. 7k al. 8 OPGA). Si la personne assurée et l'office AI ne parviennent pas à se mettre d'accord à ce sujet, l'OAI rendra une décision incidente (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1^{er} janvier 2023, n° 3127).

bb) Compte tenu de la finalité de l'enregistrement sonore et de sa forme particulière de conservation, les directives prévoient que lorsque l'assuré demande l'accès à son dossier, l'enregistrement n'est pas transmis d'office avec les actes, dès lors que l'enregistrement a pour but de vérifier, en cas de litige, ce qui a été effectivement dit lors de l'entretien (Michela Messi, AI : les enregistrements favorisent la transparence, *in* Sécurité sociale [CHSS] 2022).

La personne assurée peut toutefois demander expressément de l'écouter. Par exemple lorsque, en lisant l'expertise, qui en soi sert de base à la décision de l'office AI, elle estime que le rapport d'expertise ne reproduit pas correctement les déclarations faites pendant l'entretien. Dans ce cas, l'office lui transmettra les instructions ainsi que les données nécessaires pour accéder électroniquement à l'enregistrement sonore et pouvoir ainsi l'écouter.

Pour que les experts puissent enregistrer facilement les entretiens et les transmettre aux offices AI, une solution informatique dédiée à l'assurance-invalidité a été créée. Une application pour smartphones permet aux experts d'enregistrer un entretien, de le réécouter et de le transmettre à l'office AI. L'enregistrement sonore n'est pas conservé sur le smartphone, mais téléchargé et stocké sur une plateforme sécurisée. Les experts peuvent également réaliser l'enregistrement avec un dictaphone et le télécharger ensuite sur la plateforme. Vu qu'il s'agit de données particulièrement sensibles, une grande attention a été accordée à la sécurité et à la protection des données lors de la mise en œuvre de l'application.

Pour des raisons de protection des données, l'accès à l'enregistrement sonore a été limité à un groupe très restreint de personnes et institutions : l'assuré même et son représentant, l'organe d'exécution compétent (l'office AI dans les cas AI) ainsi que les tribunaux appelés à statuer sur un éventuel recours.

6. 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).

7. En l'espèce, l'intimé a refusé l'octroi de prestations au recourant en se fondant sur l'avis des experts du Centre K._____ du 31 janvier 2023. Dans le cadre de leur analyse, ces experts ont retenu que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée.

De son côté, le recourant a contesté que le rapport d'expertise puisse se voir reconnaître une valeur probante en critiquant tant le volet psychiatrique que les volets rhumatologique et de médecine interne. Il a en outre fait valoir que le rapport d'expertise était contredit par les rapports de ses médecins traitants.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 31 janvier 2023 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 20 janvier 2023 qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel les experts ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une synthèse du dossier (ch. 2), une anamnèse étendue (personnelle, familiale, socioprofessionnelle) établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant qu'ils ont notamment interrogé sur ses traitements, habitudes de vie et déroulement d'une journée habituelle (ch. 3). Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médico-assurantielle, incluant une évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation et chances de guérison, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés du recourant (ch. 7) avant de répondre aux questions du mandant (ch. 8). Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition, ainsi que sur la base des observations cliniques effectuées au cours des différents examens. A cet égard, on relèvera que l'argument du recourant selon lequel son état de santé n'était pas stabilisé lorsqu'il s'est soumis à l'expertise n'est pas déterminant dans le cadre de l'assurance-invalidité.

b) Sur le plan rhumatologique, le Dr H._____ a mis en évidence les diagnostics de rachialgies : contusion cervicale le 13 juin

2019, status après discectomie antérieure C5-C6 avec mise en place d'une cage et plaque (ACDF) le 9 décembre 2020, status après microdiscectomie L4-L5 pour hernie discale le 4 août 2021 et status après mise en place d'un stimulateur médullaire le 23 novembre 2022, de surcharge pondérale et de status après opération pour méniscopathie en septembre 2022. Sur la base de ses constatations, il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 13 juin 2019, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le recourant a fait valoir que l'expertise s'était déroulée à peine huit jours après l'opération effectuée par le Dr F. _____ le 23 novembre 2022 pour la pose d'un neurostimulateur et que la mobilité du rachis n'avait dès lors pas pu être évaluée de façon précise lors de l'expertise, notamment en raison d'une cicatrice lombaire fraîche. Il a également soulevé le fait qu'il avait subi une opération pour méniscopathie du genou gauche en septembre 2022 et que la flexion de son membre inférieur était encore douloureuse lors de l'expertise, empêchant ainsi la flexion de la hanche droite et du genou gauche et obligeant dès lors l'expert à émettre des suppositions concernant l'amplitude des mouvements et sa mobilité. Les arguments du recourant ne sauraient cependant être suivis. En effet, le Dr H. _____ a bien tenu compte du fait que l'intéressé s'était vu implanter un neurostimulateur les 2 et 23 novembre 2022 (cf. p. 12 du rapport d'expertise du 31 janvier 2023). Le fait qu'il n'a pas pu palper la cicatrice lombaire fraîche ne permet pas de retenir que la mobilité du rachis n'a pas pu être évaluée valablement. L'expert a en particulier pu constater qu'en position debout, le bassin et les épaules étaient équilibrés, qu'il n'y avait pas de trouble statique majeur et que, pour la nuque, on mesurait des rotations de la tête à 70°, l'inclinaison de la tête étant de 30° des deux côtés (cf. p. 18 du rapport d'expertise du 31 janvier 2023). De même, l'expert a pu procéder à l'examen des genoux (cf. p. 19 de l'expertise du 31 janvier 2023).

En outre, on ne discerne pas dans les documents produits par le recourant postérieurement à l'examen du Dr H. _____ des éléments susceptibles de remettre en question l'approche de ce médecin. De plus, le Dr X. _____ a également posé les diagnostics de syndrome

cervicovertébral à prédominance gauche chronique, associé à un engourdissement du membre supérieur gauche sur une sténose foraminale C5-C6 gauche persistante, de blocages lombaires fréquents et syndrome lombovertébral chronique, de récurrence d'un syndrome radiculaire avec des douleurs paralombaires droites et une pyralgie d'origine indéterminée, de statut post mise en place d'un neurostimulateur le 23 novembre 2022, de statut post séquestrectomie et microdissectomie L4-L5 droite le 4 août 2021 et de statut post ACDF C5-C6 avec plaque le 9 décembre 2020 (cf. rapports des 12 avril et 12 mai 2023).

c) Sur le plan de la médecine interne, la Dre J._____ n'a retenu aucun diagnostic durablement incapacitant. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu ceux de syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis décembre 2022 (G47.3), de céphalée de tension (G44.2), de tabagisme actif (T65.2), de surpoids (BMI 29.1 kg/m²) et de possible hypertension artérielle (I10). Cette spécialiste a pris note des indications fournies spontanément par le recourant, puis a posé son anamnèse systématique lors de laquelle elle a constaté que le recourant était appareillé avec une CPAP depuis une semaine pour un syndrome d'apnée du sommeil symptomatique avec réveils en apnée. A cet égard, elle a précisé que le recourant n'avait jamais ressenti de somnolence diurne exagérée et que le sommeil était amélioré depuis l'utilisation de la CPAP (p. 12 du rapport d'expertise du 31 janvier 2023). Elle a également constaté que le recourant ne présentait aucune limitation sous l'angle de la médecine interne.

Le recourant a remis en cause le volet de médecine interne en alléguant que le diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil avait des incidences sur sa capacité de travail. On relèvera tout d'abord que la Dre J._____ a bien pris en compte la problématique de l'apnée du sommeil qu'elle a du reste retenue comme diagnostic non incapacitant. A cet égard, elle a relevé que le recourant avait mentionné anamnestiquement qu'il avait été appareillé depuis une semaine avec une CPAP pour un syndrome d'apnée du sommeil bilatéral par son médecin

traitant et qu'il n'avait pas de somnolence diurne exagérée, ni fatigue, ne faisait jamais de sieste et que son apparence hygiéno-vestimentaire était bien soignée (cf. pp. 18 et 19 du rapport d'expertise du 31 janvier 2023). Ensuite, les rapports produits par le recourant de la Dre G._____ ne contredisent pas les observations de l'experte, la Dre G._____ ayant posé le même diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif (cf. rapport du 2 décembre 2022) sans se prononcer sur la capacité de travail. On constatera qu'il en va de même des rapports des 7 et 22 mars 2023 du Dr Q._____ qui a par ailleurs précisé qu'en ce qui concernait le status ORL, il y avait relativement peu de limitations qui avaient été constatées. Quant au rapport du 15 juin 2023 de la Dre G._____, force est de constater que ce rapport est postérieur à la décision litigieuse du 5 juin 2023 et que les constatations qui y sont faites sont similaires d'un point de vue clinique à celles de l'experte J._____, comme l'a relevé le Dr C._____ dans l'avis SMR du 11 octobre 2023. En effet, la Dre G._____ a noté des symptômes nocturnes (ronflements, réveils suffocants, xérostomie et sommeil de mauvaise qualité) tout en précisant que la fatigue était multifactorielle et sans somnolence rapportée.

d) Sur le plan psychiatrique, l'expert T._____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, ni aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique en l'absence de symptôme psychiatrique et devant un examen psychiatrique dans les limites de la norme.

Le recourant a allégué que le volet psychiatrique aurait dû être davantage exploré dans la mesure où l'avis SMR du 2 août 2022 avait mentionné une suspicion de symptomatologie dépressive. Or le SMR a interpellé le recourant qui a indiqué qu'il n'était pas suivi par un psychiatre dans un courrier du 18 mai 2022. Quoi qu'il en soit, le volet psychiatrique de l'expertise du 31 janvier 2023 remplit pleinement les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder valeur probante. En effet, l'expert T._____ a tenu compte de différents indicateurs, notamment les ressources et les limitations du recourant et a indiqué que l'assuré avait bien collaboré, qu'il avait pu rester concentré durant l'entretien sans se

plaindre de difficulté de concentration, qu'il gardait des relations régulières avec son réseau amical et sa famille, notamment avec son épouse et son fils et qu'il était autonome dans les tâches de la vie quotidienne (p. 18 du rapport d'expertise du 31 janvier 2023). S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité (p. 17 du rapport d'expertise du 31 janvier 2023), l'expert a indiqué que le recourant n'avait aucune plainte psychique et que la description des activités quotidiennes était congruente aux plaintes physiques. On relèvera ici que l'entretien s'est déroulé en italien et qu'on peine dès lors à suivre le recourant lorsqu'il affirme n'avoir pas compris le sens de l'évaluation lorsqu'il s'est rendu à l'entretien. Quant à l'argument du recourant selon lequel l'entretien avec l'expert psychiatre n'a duré qu'une heure, on rappellera que la durée de l'examen d'expertise ou le nombre de séances n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait à porter un jugement sur son état de santé dans un délai relativement bref (idem), le recourant n'ayant d'ailleurs pas évoqué d'éléments sur lesquels il n'aurait pas été en mesure de s'exprimer.

Le recourant a encore fait valoir que l'anamnèse sociale contenait des imprécisions importantes concernant sa vie de famille dans la mesure où l'expert avait indiqué qu'il s'était remarié pour la deuxième fois en 2017 et avait eu un fils avec qui il avait de bonnes relations (cf. pp. 13-14 du rapport d'expertise du 31 janvier 2024). En réalité, le recourant a adopté cet enfant qui était le neveu de sa deuxième épouse. Toutefois, selon les rapports du Dr Z. _____ (cf. courriel du 19 juin 2023 et rapport du 20 juin 2023), le fils du recourant avait deux ans lorsqu'il a été adopté et l'adoption remontait donc à treize ans lorsque le recourant a été expertisé. Ainsi, sans nier le caractère très complexe d'une procédure d'adoption, ni le fait que le fils du recourant a dû être suivi dans son enfance et souffre encore aujourd'hui de divers troubles, le fait que l'expert psychiatre n'ait pas fait état de cette adoption ne permet pas d'ôter toute valeur probante à son rapport. Quant au fait que le recourant,

originaire de Sicile et alors âgé de 55 ans, n'était pas enclin à consulter, il ne permet pas non plus de retenir que, lorsqu'il a été expertisé, il présentait des atteintes durablement incapacitantes sur le plan psychiatrique.

S'agissant des appréciations du Dr Z._____, il faut relever que les rapports des 20 juin, 10 septembre et 13 novembre 2023 ne peuvent être pris en considération dans la mesure où ils concernent une situation postérieure à l'état de fait déterminant (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Même à considérer que l'état psychiatrique du recourant s'était détérioré au début du suivi psychiatrique initié en avril 2023 (cf. rapport du Dr Z._____ du 19 avril 2023), cette péjoration n'avait pas duré trois mois lorsque la décision litigieuse a été rendue.

Cela étant, on signalera à toutes fins utiles que si sa situation devait s'aggraver, le recourant serait en mesure de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. A cet égard, on relèvera que le Dr C._____ a noté une possible aggravation de l'état de santé du recourant après la décision attaquée dans l'avis SMR du 11 octobre 2023, tout comme le Dr Z._____ a indiqué une aggravation de l'état dépressif depuis deux mois et une hospitalisation en octobre 2023 dans son rapport du 13 novembre 2023.

e) Ainsi, sur le plan médical, l'OAI était fondé à suivre le rapport d'expertise du Centre K._____ selon lequel le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis toujours, à l'exception des périodes post-opératoires pour les opérations au niveau cervical en décembre 2020, lombaire en août 2021 et novembre 2022. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg ou de port ponctuel de charges de plus de 10 kg, pas de position prolongée avec le haut du corps en porte-à-faux et pas de mouvement répétitif en flexion/extension ou rotation du tronc.

8. Sur le plan économique, le recourant a fait valoir qu'il n'était pas en mesure de mettre à profit sa capacité de travail compte tenu de son âge, du fait qu'il n'avait exercé que la profession de maçon, qu'il avait des douleurs insupportables, qu'il n'avait pas de formation, qu'il ne parlait pas le français, qu'il était isolé socialement et présentait de nombreuses limitations fonctionnelles.

a) La notion de marché du travail équilibré est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité ; elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. On ne saurait certes se fonder sur des possibilités de travail irréalistes, mais il ne faut pas non plus poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain ; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive (TF 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 3 et les références citées).

Par ailleurs, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques peuvent jouer un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 et la référence). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret,

si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2 ; TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3 et les références). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'espèce, le recourant, né le [...], était âgé de 55 ans au moment il a été examiné par les experts du Centre K._____ en décembre 2022, respectivement de 51 ans lors de l'accident du 13 juin 2019. Ainsi, le recourant n'avait pas encore atteint l'âge à compter duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (sur ce point, voir ATF 143 V 431 consid. 4.5.2).

On doit par ailleurs admettre que les limitations fonctionnelles retenues, à savoir pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg ou de port ponctuel de charges de plus de 10 kg, pas de position assis/debout,

éviter les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux et éviter les mouvements répétitifs en flexion/extension ou rotation du tronc, ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle, étant rappelé que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Au regard de la liste des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant établie par l'office intimé, à savoir un travail simple et dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères et ouvrier dans le conditionnement, il existe de réelles possibilités d'embauche sur le marché équilibré de l'emploi (à ce sujet, voir TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités). De telles activités sont de surcroît, en règle générale, disponibles sur le marché équilibré du travail indépendamment de l'âge (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3 et les références citées). Quant à l'absence de formation du recourant et à sa maîtrise imparfaite du français, elles ne constituent pas un obstacle à l'exercice des activités adaptées entrant en ligne de compte en l'occurrence (cf. TF 9C_334/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3 ; 9C_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2).

A la lumière de l'ensemble des éléments qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'OAI a considéré qu'il était raisonnablement exigible du recourant qu'il retrouve une activité adaptée.

c) Pour le reste, le recourant n'a émis aucune critique à l'encontre des calculs opérés par l'intimé aux fins d'arrêter le taux d'invalidité. Vérifiés d'office, les chiffres retenus par l'OAI peuvent être confirmés à la seule précision que l'évolution des salaires nominaux de 2020 à 2021 est de - 0.7 % chez les hommes et non pas de - 0.2 % tel que retenu par l'OAI (cf. La Vie économique, tableau B 10.2). Avec cet élément de calcul, le revenu avec invalidité s'élève donc à 62'024 fr. 15. Après comparaison avec le revenu sans invalidité, calculé sur la base du salaire horaire indiqué par l'employeur le 1^{er} décembre 2020, le degré d'invalidité

du recourant se monte à 7,05 %, ce qui est inférieur au degré d'invalidité de 40 % (cf. consid. 4b *supra*) et donc insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité

9. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures, à savoir la réalisation d'une expertise judiciaire, son audition ainsi que celle des Drs S._____, Z._____, G._____, F._____ et X._____ doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). En effet, ces médecins se sont exprimés dans des rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il ne soit nécessaire de les entendre oralement.

Quant à la mise à disposition des enregistrements sonores des entretiens effectués dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 31 janvier 2023, le recourant a allégué que l'expert rhumatologique aurait éteint l'enregistrement après avoir procédé à l'entretien, en indiquant qu'il était terminé, pour finalement se raviser et dire qu'il devait encore l'ausculter. L'enregistrement sonore n'aurait alors pas été réenclenché durant l'auscultation et il serait à craindre que les observations et le déroulement de l'auscultation n'aient pas été retranscrits de manière fidèle, l'expert faisant état d'une attitude démonstrative du recourant concernant ses douleurs et ses limitations fonctionnelle, ce qu'il a contesté. Comme précisé ci-dessus (cf. consid. 5f *supra*), l'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan, laquelle inclut l'anamnèse et la description par l'assuré de l'atteinte à la santé. Le but de l'enregistrement est de vérifier, en cas de litige, ce qui a été effectivement dit lors de l'entretien. Or le recourant n'a pas soutenu que l'expert n'aurait pas enregistré ce qu'il avait dit.

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 juin 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 du recourant.
- 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 :

- Me Pietro Rigamonti (pour 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 :