

## VD\_GERICHTE ZD19.017122 vom 29. Januar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-01-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.017122](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.017122)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.017122 du 29 janvier 2020

IT: VD\_GERICHTE ZD19.017122 del 29 gennaio 2020

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 155/19 - 27/2020 ZD19.017122 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 29 janvier 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme DURUSSEL,  
présidente M. Piguet et M. Bonard, assesseur Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : E. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Imed Abdelli, avocat à Genève, et  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 17 al. 1 et 28 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. R ressortissant syrien né le [...], E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le  
recourant) est arrivé en Suisse le [...]. Il est titulaire d'un permis d'établissement B. Sans  
formation professionnelle, il n'a jamais exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en  
Suisse. Il émarge à l'assistance sociale depuis juin 2014. B. a) En raison de problèmes de  
dos, l'assuré a signé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures  
professionnelles / rente) déposée le 10 avril 2015. b) Dans le cadre de la phase  
d'intervention précoce liée à cette demande, une gestionnaire en réadaptation à l'Office de  
l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est entretenue  
avec l'assuré le 9 juin 2015. A la rubrique « transport et mobilité » de la « note 1er entretien  
pour MIP [...] » du même jour, l'assuré a annoncé qu'il lui était difficile de se déplacer en  
vue de participer à une mesure de réadaptation ou pour trouver du travail. Ce dernier a  
bénéficié d'une orientation professionnelle sous la forme de la prise en charge d'un  
accompagnement intensif de type « ENCO » auprès d'[...] SA, à [...], du 29 juin au 25  
septembre 2015 (lettre du 10 juin 2015 de l'OAI). Dès le début de cette mesure, l'assuré s'est  
plaint de maux de dos qui l'empêchaient de rester trop longtemps debout ou assis (Rapport  
phase 1 « Bilan professionnel de l'assuré » du 6 août 2015 d'[...] SA). Il ne participait pas  
régulièrement à la mesure, avait manqué l'atelier curriculum vitae et plusieurs entretiens  
individuels, car il ne se sentait pas bien (Rapport phase 2 « Orientation professionnelle et  
définition des cibles » du 25 août 2015 d'[...] SA). c) Dans le cadre de son instruction de la  
demande, l'OAI a requis des renseignements médicaux. Dans un rapport du 30 juin 2015, le  
médecin traitant de l'époque, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a  
posé les diagnostics – avec répercussion sur la

- 3 - capacité de travail – d'épisode dépressif depuis janvier 2015 (F32) sur probable trouble  
de la personnalité de type psychotique (F69) et d'obésité morbide. Sans effet sur la capacité  
de travail, il a diagnostiqué des lombalgies communes de janvier à avril 2015 et un status  
après excision d'un kyste sacro-coccygien en février 2011. Ce médecin a constaté une totale  
incapacité de travail dès le 21 janvier 2015, avec la précision de l'instauration récente d'un  
suivi psychiatrique. Etaient annexés à ce rapport plusieurs documents dont un rapport du 4  
juin 2015 consécutif à une consultation du jour précédent du Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
neurochirurgie, faisant part d'un examen neurologique normal sans syndrome

lombo-vertébral, sans syndrome radiculaire ou déficitaire et sans signe de myélopathie cervicale. Dans un rapport du 24 février 2017 à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté depuis le 11 juillet 2016, a posé le diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – de schizophrénie hébéphrénique (F20.1). Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une personnalité évitante pré-morbide. Notant des idées délirantes de persécution et hypocondriaques, des hallucinations visuelles et probablement auditives, une anxiété, une irritabilité, un discours projectif, une humeur souvent inappropriée et superficielle, des troubles de la mémoire, de la concentration et du sommeil ainsi qu'une hyper fatigabilité, ce médecin a constaté une totale incapacité de travail de l'assuré depuis sa prise en charge. Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les pièces médicales au dossier (avis des 9 février 2016 et 26 avril 2017 du Dr F. \_\_\_\_\_), l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, psychiatrique et rhumatologique) à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à [...]. Effectuée par les Drs Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'expertise se fonde sur des examens cliniques pratiqués durant le séjour de l'assuré, du 6 au 9 novembre 2017, ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition des experts. Déposé le

- 4 - 20 novembre 2017, leur rapport résume les pièces médicales et administratives versées au dossier (y compris celles fournies par le médecin traitant), comprend l'anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, relate les plaintes de l'assuré avec le résultat des thérapies suivies, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte les plaintes sur les plans rhumatologique et psychiatrique et rend compte du status clinique ainsi que des examens des documents d'imagerie. Ecartant tout diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, ces experts ont retenu, sur la base de leur analyse, les diagnostics non incapacitants suivants : “• Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) • Cervicalgies chroniques (M54.2) • Lombalgies chroniques (M54.5) sur protrusion discale L4-L5 (M51.2) • Obésité grade III selon OMS (BMI à 42 kg/m<sup>2</sup>) (E66.9) • Hypertriglycéridémie (E78.1) • Stéatose hépatique dans un contexte d'obésité (K76.0) • Status post-résection d'un polype sessile rectal en février 2017 • Status post-éradication pharmacologique d'*Helicobacter Pylori* en 2017 • Status post excision d'un kyste sacro-coccygien en février 2011” En guise de conclusion, les experts se sont exprimés en ces termes : “APPRECIATION [...] Au terme de l'évaluation, les experts concluent unanimement à l'absence d'atteinte significative à la santé physique ni psychique. Les diagnostics retenus d'un point de vue internistique et ostéo[-]articulaire n'entraînent pas de limitation fonctionnelle et n'interfèrent, donc, pas avec la capacité de travail. Les symptômes physiques allégués sont jugés majorés pour des raisons psychologiques. Les facteurs personnels et environnementaux, appelés encore contextuels ou extra-médicaux, et énumérés plus haut, jouent ici un rôle prépondérant. Les limitations que ces derniers sont susceptibles d'occasionner sortent du champ médical.” Le 17 avril 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations en l'absence d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité justifiant une incapacité de travail de longue durée.

- 5 - Dans le cadre des objections de l'assuré sur ce projet de refus de prestations, l'OAI s'est vu remettre : - des rapports des 11 janvier et 13 octobre 2017 de consultations de chirurgie bariatrique en vue d'un éventuel traitement chirurgical de l'obésité au département de

chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ainsi que de bilan pré-opératoire (rapport du 20 décembre 2017), d'évaluation psychologique (rapport du 22 décembre 2017) et de polygraphie respiratoire nocturne (rapport du 17 janvier 2018). On extrait notamment ce qui suit du rapport du 11 janvier 2017 des HUG : “Au niveau des comorbidités, M. E.\_\_\_\_\_ souffre des problèmes orthopédiques / rhumatologiques précédemment mentionnés. Il ne souffre pas des comorbidités classiques comme le diabète ou l'hypertension. Il n'a jamais été opéré de l'abdomen. Il prend du Pantozole 40 mg 1x/j. Il fumait auparavant la chicha mais il a arrêté cette consommation, il ne prend pas d'autre drogue et il n'a pas d'allergie.” ; - un rapport du 25 juillet 2018 de la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Faisant état de lombo-sciatalgies bilatérales affectant l'assuré depuis plusieurs années, la médecin traitant a indiqué, sur le plan somatique, que seules les lombo-sciatalgies bilatérales et l'obésité pourraient être invalidantes selon la profession pratiquée (profession où l'on doit beaucoup bouger ou se pencher ou en position assise ou debout prolongée). Pour le reste, paraissant adhérer aux conclusions des experts, la Dre B.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était principalement limitée par l'état psychique de l'assuré mais sans se prononcer avec précision. Elle a par ailleurs confirmé que l'état de santé était stationnaire au plan somatique depuis 2016 ; - un rapport du 29 août 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_ où il est écrit qu'étant atteint de schizophrénie, l'assuré se trouvait dans la phase résiduelle avec essentiellement des symptômes négatifs (émoussement affectif, perte de la volonté, ambivalence, inadaptation sociale) et des symptômes positifs très atténués. Sur la base des plaintes exprimées en admettant l'absence de substrat physique susceptible de les expliquer, et en présence d'un

- 6 - assuré se positionnant souvent comme victime, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'incapacité de travail était toujours de 100 %. Après avoir requis le point de vue du SMR (avis « audition » du 20 novembre 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_), l'OAI a, par décision du 7 mars 2019, rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assuré. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet du 17 avril 2018 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales. C. E.\_\_\_\_\_, représenté par Me Imed Abdelli, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 12 avril 2019 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée « depuis le 20 mars 2015 (sous réserve du délai d'attente) ». Subsidiairement, il a conclu à sa réforme en ce sens qu'il a droit « à des mesures de reclassement professionnel sur la base d'une nouvelle expertise indépendante » ; plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction comprenant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens des considérants. Le recourant a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise CRR en se plaignant de la non-prise en compte des avis divergents des médecins consultés. Ce faisant, il a contesté la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées. Critiquant le refus d'une rente en l'absence de stabilisation médicale de son état de santé, il a par ailleurs déploré le refus de reclassement professionnel en sa faveur. Les arguments développés par le recourant à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion de la solution au présent litige. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité son audition personnelle ainsi que de ses médecins en tant que témoins et la production par la CRR de son dossier complet.

- 7 - Dans sa réponse du 14 mai 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise CRR, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position. Le 1er juillet 2019, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions et son offre de preuves en insistant sur la requête d'une « expertise judiciaire multidisciplinaire », le recourant a produit, le 17 septembre 2019 sous bordereau complémentaire, les pièces suivantes : - un « résumé de polysomnographie – Laboratoire du sommeil » du 29 août 2019 du service de pneumologie des HUG dont il ressort le diagnostic de syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen à sévère. La sévérité de ce syndrome et les facteurs de risque cardiovasculaire (excès de cholestérol, obésité) justifient une prise en charge par une CPAP (ventilation en pression positive continue) assurée par la Ligue Pulmonaire [...] ; - un rapport complémentaire du 16 septembre 2018, dans lequel le Dr Z. \_\_\_\_\_ a fait part de la mise en évidence d'un syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen à sévère qui a nécessité la mise en place d'une CPAP. Après avoir dressé une anamnèse et pris position sur le volet psychiatrique de l'expertise CRR, ce médecin a maintenu son estimation d'une totale incapacité de travail ; - un contrat de location du 10 août 2019 entre la Ligue Pulmonaire [...] d'une part et l'assuré d'autre part, pour un « DreamStation Auto CPAP » et un « Humidificateur d'air DreamStation », remis le 10 septembre 2019. Dans sa duplique du 7 octobre 2019, produisant un avis du 2 octobre précédant du Dr F. \_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se rallie, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. D. Par décision du 15 avril 2019, E. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 avril précédant. Il était exonéré

- 8 - du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Imed Abdelli lui a été désigné. 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 des prestations d'assurance-invalidité (rente ou mesures professionnelles [reclassement]), en particulier l'existence d'atteintes invalidantes. 3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette

- 9 - perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Les atteintes à la santé

psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a

- 10 - 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 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un

- 11 - service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4. L'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifie aucune incapacité de travail de longue durée. Cette décision se base sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise médicale du 20 novembre 2017 de la CRR (cf. avis médical du 20 novembre 2018 du Dr F. \_\_\_\_\_). De son côté, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, il fait valoir en substance que les rapports médicaux de ses médecins traitants valent contre-expertise. a) Dans le cadre de son instruction, l'OAI a recueilli des renseignements auprès du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, qui a posé les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – d'épisode dépressif depuis janvier 2015 (F32) sur probable trouble de la personnalité de type psychotique (F69) et d'obésité morbide. Sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a diagnostiqué des lombalgies communes de janvier à avril 2015 et un status après excision d'un kyste sacro-coccygien en février 2011. Pour le Dr M. \_\_\_\_\_, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 21 janvier 2015 (rapport du 30 juin 2015). Le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a, quant à lui, fait part d'un examen neurologique du 3 juin 2015 normal sans syndrome lombo-vertébral, sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, ni signe de myélopathie cervicale (rapport du 4 juin 2015). De son côté, le Dr

- 12 - Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail une schizophrénie hébéphrénique (F20.1) hypocondriaque et, sans effet sur la capacité de travail, une personnalité évitante pré-morbide. De l'avis de ce psychiatre, l'assuré présentait une incapacité de travail totale (rapports des 24 février 2017 et 29 août 2018). Lors de son séjour à la CRR en novembre 2017, l'assuré a annoncé des ronflements pour lesquels à l'époque un syndrome d'apnée du sommeil avait été évoqué par sa généraliste. Toutefois, renseignements pris auprès de la Dre B. \_\_\_\_\_, l'Apnealink de dépistage avait été négatif (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 10). L'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, psychiatrique et rhumatologique) confiée à la CRR par l'OAI dans le second semestre de 2017 n'a pas retenu de diagnostic incapacitant ; sur le plan rhumatologique, il a été constaté des cervicalgies chroniques (M54.2), des lombalgies chroniques (M54.5) sur protrusion discale L4-L5 (M51.2), une obésité grade III selon OMS (BMI à 42 kg/m<sup>2</sup>) (E66.9), une hypertriglycéridémie (E78.1), une stéatose hépatique dans un contexte d'obésité (K76.0), un status post-résection d'un polype sessile rectal en février 2017, un status post-éradication pharmacologique d'*Helicobacter Pylori* en 2017 ainsi qu'un status post excision d'un kyste sacro-coccygien en février 2011 ; sur le plan psychique, il a été constaté une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). En l'absence d'atteinte à la santé physique et psychique avec influence sur la capacité de travail, les experts (à savoir, les Drs Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ont unanimement estimé que la capacité de travail était entière sans aucune limitation fonctionnelle. Dans le contexte de symptômes physiques allégués jugés majorés pour des

raisons psychologiques, ils ont précisé que les facteurs personnels et environnementaux (contextuels ou extra-médicaux) jouaient un rôle prépondérant (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 13, 14 et 17).

- 13 - En la présente procédure, le recourant produit un rapport de polysomnographie du 29 août 2018 du service de pneumologie des HUG et un rapport du 16 septembre 2019 du Dr Z. \_\_\_\_\_ dont il ressort le diagnostic de syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen à sévère, atteinte appareillée par CPAP (contrat de location du 10 août 2019 entre la Ligue Pulmonaire [...] et l'assuré). b) Les experts de la CRR ont justifié leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Ainsi, au moment d'apprécier la situation, sur le plan somatique, ils ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 14 - 15) : "D'un point de vue internistique, l'anamnèse met au centre le problème de l'obésité. L'assuré était déjà en surpoids à l'adolescence avec un poids entre 80 et 90 kg. Depuis son installation en Suisse, la courbe de la prise pondérale est ascendante avec surtout une prise d'environ 25 kg depuis l'apparition de la symptomatologie ostéo-articulaire. L'enquête alimentaire lors de son suivi par la diététicienne et l'anamnèse au cours de la présente évaluation retient une alimentation déséquilibrée. Le suivi auprès des spécialistes en nutrition s'avère laborieux et n'apporte qu'un résultat transitoire avec un effet yoyo des divers régimes. L'assuré est donc dirigé vers la consultation spécialisée de chirurgie bariatrique des HUG. A l'issue de cette dernière qui a eu lieu en octobre 2017, l'assuré semble répondre aux critères d'une telle chirurgie et est inclus dans la liste des candidats potentiels moyennant un bilan pré-opératoire qui devrait avoir lieu prochainement. En deuxième lieu, il signale des problèmes digestifs du type douleurs et crampes abdominales et ceci malgré le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* et l'ablation son polype rectal. Il n'est au bénéfice d'aucun traitement symptomatique à visées ses douleurs abdominales. Il n'y a pas proprement dit de troubles du transit. L'examen clinique retrouve en effet une obésité morbide avec un BMI à 42 kg/m<sup>2</sup>, avec une répartition androïde. On ne constate pas de dyspnée au repos à la mobilisation au cours de l'examen clinique. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardio- respiratoire. L'abdomen est douloureux dans l'ensemble sans pouvoir infirmer ou affirmer une organomégalie sous-jacente au vu de l'importance du tablier abdominal. Les investigations mises à disposition par le médecin généraliste à la demande de l'expert ne font pas retenir de diabète, ni d'altération de la fonction rénale. Les enzymes hépatiques sont à la limite supérieure et on note de manière isolée une légère hypertriglycéridémie. Enfin, le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire à dix ans sur la base des facteurs de risque cardio- vasculaire est <1%. En conclusion, l'obésité morbide chez cet assuré n'est pas à l'heure actuelle associée aux autres pathologies

- 14 - constituant un syndrome métabolique et demeure sans répercussion au niveau des activités dans les domaines comparables de la vie. Par conséquent, cette pathologie n'impose aucune limitation fonctionnelle et ne revêt pas une valeur incapacitante. Il en est de même pour la symptomatologie aspécifique au niveau abdominal. Par ailleurs, le tracé ECG est normal et malgré des ronflements annoncés par l'assuré, un test de dépistage par Apnealink auprès du médecin généraliste s'est avéré négatif. D'un point de vue ostéo[-]articulaire, l'anamnèse retient l'apparition, sans notion de traumatisme, de lombalgies en 2013 associées à une irradiation dans le membre inférieur droit depuis 2015. Celles-ci sont cotées en permanence à 8/10 à l'EVA [Echelle Visuelle Analogique] et évoluent sans répit avec un horaire nyctéméral. Le traitement pharmacologique,

l'infiltration en 2015 et la physiothérapie conduite de manière continue depuis 2015 n'apportent qu'un bénéfice transitoire mais jamais complet puisque la douleur n'est plus jamais redescendue en-dessous de 5/10 à l'EVA. La même résistance de l'approche thérapeutique caractérise les "bruits cervicaux" à la mobilisation de la nuque, présents également depuis 2015. Ceci occasionne plutôt une gêne qu'une douleur véritablement et un niveau élevé d'anxiété. Divers avis spécialisés et investigations n'ont pas permis de retrouver une explication organique à ces plaintes. L'appréciation clinique de l'expert rhumatologue est plus laborieuse que celle en médecine interne car marquée par un théâtralisme et un comportement douloureux démonstratif. Malgré le fait que ce dernier parasite les tests cliniques, les mesures d'amplitude rachidienne ont pu être réalisées convenablement. Objectivement, ces dernières sont préservées. Il n'y a pas de contracture associée. Il en est de même pour l'examen clinique des épaules qui est normal. Concernant les investigations radiologiques, l'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale peut être considérée comme strictement normale, notamment il n'y a pas d'élément protrusif compressif à l'étage C5-C6. Par conséquent, il n'y a pas de pathologie somatique étant à même d'expliquer la symptomatologie cervicale alléguée. Il en est de même pour les deux IRM des épaules qui ont été réalisées en juillet 2015 alors que ses articulations sont finalement indemnes. Le diagnostic radiologique de lésion type SLAP est excessivement difficile à émettre et à retenir en l'absence d'une injection intra-articulaire telle que l'on pratique lors d'une arthro-IRM ou un arthro-scanner. Quoiqu'il en soit, le tableau clinique actuel n'est guère compatible avec ce diagnostic. Enfin, concernant les lombalgies, la dernière IRM de 2017 ne met en évidence qu'une très discrète discopathie L4-L5 non compressive. Là aussi, il existe un écart entre l'intensité et la chronicité des plaintes et les constatations médicales, cliniques ou radiologiques. On note par ailleurs que les signes de non organicité de Waddell ont atteint un seuil significatif avec la présence de 4/5 points positifs. L'index Oswestry n'a pas été mesuré compte tenu de la barrière linguistique. Au total, aucune affection rhumatologique incapacitante n'est retenue. D'un point de vue neurologique, l'assuré allègue des dysesthésies sur le membre supérieur gauche et au membre inférieur droit, non systématisées pour évoquer une atteinte tronculaire ou radiculaire. Les tests cliniques ne retrouvent pas de déficit moteur périphérique, les réflexes ostéo[-]tendineux sont

- 15 - normo[-]vifs et symétriques. On retient une discordance dans l'examen des deux experts, les troubles sensitifs au membre supérieur gauche n'étant pas annoncés à l'expert principal lors de l'examen neurologique. Il n'y a pas d'autre comorbidité qui rentre en ligne de compte." Au moment d'apprécier la situation, sur le plan psychique, les experts ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 15 - 17) : "Concernant l'axe atteinte à la santé psychique, le dossier mis à disposition mentionne le diagnostic d'un épisode dépressif depuis janvier 2015 sur probable trouble de la personnalité de type psychotique puis le rapport psychiatrique du 24 mai 2017 du Dr Z.\_\_\_\_\_ mentionne le diagnostic de schizophrénie hébéphrénique entraînant une incapacité totale de travail. Selon la définition de la CIM 10, ce type de schizophrénie apparaissant à l'adolescence est accompagné d'un retrait social majeur, d'un émoussement affectif, d'un comportement irresponsable et imprévisible, d'une pensée désorganisée, d'un discours décousu et incohérent, et d'un apragmatisme de plus en plus marqué au fil des années. L'ensemble de ces symptômes ne sont pas retrouvés chez l'assuré par l'experte-psychiatre. En effet, l'assuré interagit avec plaisir avec l'interprète et elle-même évoque un large réseau d'amis avec des interactions décrites tout à fait complaisantes, chaleureuses et



dénuées de tout malentendu ou de tensions interpersonnelles. Son discours est cohérent sans trouble formel de la pensée. Par ailleurs, l'expertisé n'a jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Sont présents en effet des traits immatures sans qu'ils atteignent le degré de déviation caractérielle ou de méfiance fondamentale constituant un trouble spécifique de la personnalité. De même, concernant les pseudo-hallucinations et cénesthésies (bruits dans la nuque) que l'assuré déplore et qui l'inquiètent depuis 2015, il n'y a pas d'autre trouble de la lignée psychotique (pas de délire, de dépersonnalisation, de déréalisation, d'idée de référence ni de concernement). Les experts s'accordent sur le fait que l'empan existant entre les plaintes douloureuses alléguées, la modulation de son comportement algique selon la spécialité de l'expert (peu algique auprès de l'experte principale et de l'experte-psychiatre et exagérée et théâtrale auprès de l'expert rhumatologue) d'une part et les données médicales objectives d'autre part orientent plutôt vers un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (difficultés d'insertion socio-professionnelle en raison de la barrière linguistique, de l'absence de formation). Cette atteinte à la santé est par conséquent d'intensité légère. On ne sent pas l'expertisé envahi par la douleur et celle-ci n'occasionne pas de détresse émotionnelle majeure, raison pour laquelle un diagnostic de trouble douloureux somatoforme peut être écarté raisonnablement.

- 16 - En ce qui concerne le succès du traitement ou de la résistance à cet égard, d'un point de vue internistique et rhumatologique, on peut tout à fait soutenir la démarche entreprise pour une chirurgie bariatrique qui permettrait probablement d'atténuer les douleurs ostéo-articulaires, de prévenir l'évolution indéniable devant un syndrome métabolique et à but de prévention cardiovasculaire. Concernant les lombalgies, il y a lieu de surseoir impérativement à toute sanction chirurgicale rachidienne. L'antalgie pharmacologique demeure occasionnelle et allopathique excepté un traitement homéopathique. Le soutien psychologique semble indiqué selon notre experte en raison de la structure de la personnalité immature dont le parcours de vie a été difficile, marqué par des décès et un déracinement. En ce qui concerne le succès de la réadaptation et de la résistance et à cet égard, hormis des cours d'alphabétisation dont l'aboutissement a également échoué pour diverses raisons, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'a été encore tentée. L'expertisé évoque son projet de tenir un kiosque sur [...]. Toutefois au terme de cette évaluation, il est difficile d'affirmer le véritable engagement de l'assuré dans une telle perspective, sa priorité se situant au niveau de la chirurgie bariatrique et la résolution de ses lombalgies. D'un point de vue médico-théorique, M. E. \_\_\_\_\_ devrait pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle. Au vu de son jeune âge, il est important d'éviter un processus d'invalidation. L'insertion pourrait toutefois être compromise par les facteurs sortant du champ médical puisque divers facteurs contextuels sont relevés tels que la barrière linguistique, l'acculturation, les faibles ressources intellectuelles, l'absence d'une formation certifiante qu'il pourrait faire valoir sur le marché [du] travail, l'absence de toute activité lucrative depuis son installation en Suisse en [...], son comportement douloureux disproportionné par rapport aux constatations médicales, le manque d'introspection, l'auto-appréciation d'un handicap avec des croyances fixées sur un dysfonctionnement de sa colonne vertébrale et les limites de la médecine moderne pour trouver l'origine organique [de] cette plainte. En ce qui concerne la personnalité, M. E. \_\_\_\_\_ a perdu ses parents dans l'enfance et a connu des carences affectives puis des maltraitances par une tante. Toutefois, les relations chaleureuses intrafamiliales sont préservées. De même au niveau de son couple, le climat est annoncé comme chaleureux et l'investissement de l'assuré semble

important surtout depuis l'annonce des grossesses compliquées chez son épouse. Au niveau intellectuel, l'assuré nous semble doté de faibles ressources avec une scolarisation uniquement de quatre ans en Syrie. Concernant le contexte social, l'assuré déclare jouir d'un large réseau social, multiculturel et malgré ses plaintes douloureuses, les ponts avec son environnement familial et social ne semblent pas coupés. En ce qui concerne la cohérence des troubles, au vu de ce qui précède, les troubles annoncés par l'assuré ne semblent pas susceptibles de générer une limitation uniforme au niveau des activités dans les domaines comparables de la vie. Afin d'estimer le poids de la souffrance alléguée par l'expertisé, on fait recours au mini CIF-APP, instrument de mesure des aptitudes psychiques, afin

- 17 - de trouver l'équilibre entre les ressources et les limitations fonctionnelles. L'assuré démontre une capacité d'adaptation à des règles et routine qui est diminuée actuellement par la majoration des douleurs pour des raisons qui sortent du champ médical. Toutefois, les aptitudes de planification, de structuration des tâches et d'acquisition de nouvelles capacités professionnelles sont préservées. S'y opposent des difficultés d'intégration en Suisse en raison de la médiocrité de la maîtrise du français, de faibles ressources intellectuelles et des traits immatures. A ceci s'oppose une capacité d[e] jugement et de prise de décision maintenue, des capacités d'affirmation conservées, des interactions au sein d'un groupe social préservé[es]. D'un point de vue psychologique donc, les quelques limitations décrites n'interfèrent pas avec une activité simple. Par conséquent, la capacité de travail est estimée entière. [...]” Les experts ont tenu compte des plaintes de l'assuré au regard de leurs propres constatations cliniques. En effet, malgré les dires de l'intéressé selon lesquels il devait se lever plusieurs fois puisqu'il ne tolérait pas la position assise, les experts ont constaté que celui-ci se levait finalement une seule fois pour une dizaine de secondes après soixante minutes de position assise sans remuer dans sa chaise à l'évocation de la description des douleurs lombaires (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 11 – 12). Il a été relevé que l'intéressé se « déplace facilement, s'assied et se relève normalement du siège sans manifester de signe d'inconfort ou de douleur ; toutefois il relate par moments d'importantes algies. Tout au long de l'entretien, Monsieur est resté assis sur sa chaise sans nécessiter de se mobiliser » (rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 pp. 4 – 5). Il a été constaté également que l'assuré « reste assis durant toute l'heure que dure l'entretien sans manifester à ce moment-là de douleur particulière. Il ne se lève à aucune reprise » et « se retourne sur la table d'examen sans aucune difficulté » (rapport d'expertise rhumatologique du 8 novembre 2017 p. 5). Les incohérences entre les plaintes et certains éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen ont conduit les experts à exclure des diagnostics d'atteintes incapacitantes. Il a ainsi été fait état du théâtralisme et d'une hyper-expressivité des douleurs en présence d'une IRM cervicale strictement normale conduisant à réfuter une origine somatique à la symptomatologie cervicale alléguée ; la dernière IRM lombaire a, quant à elle, mis en évidence qu'une très discrète discopathie L4-L5 non compressive débouchant sur le constat de lombalgies non

- 18 - incapacitantes (rapport d'expertise rhumatologique du 8 novembre 2017 pp. 8 - 9). Les experts ont en effet fait une anamnèse complète et rapporté, puis apprécié chaque élément du dossier. Ils ont expliqué les motifs qui les ont conduits à retenir certains diagnostics et à en écarter d'autres, puis à les considérer comme non incapacitants. En effet, ils ont constaté que l'obésité morbide (BMI à 42 kg / m<sup>2</sup>) avec une répartition androïde, n'était pas associée aux autres pathologies constituant un syndrome métabolique et demeurerait sans répercussion au niveau des activités dans les domaines comparables de la

vie et que, par conséquent, cette pathologie n'imposait aucune limitation fonctionnelle et ne revêtait pas de valeur incapacitante. S'agissant des cervicalgies, il n'y avait notamment pas d'élément protrusif compressif à l'étage C5-C6 et donc pas de pathologie somatique à même d'expliquer la symptomatologie cervicale alléguée. Il en allait de même pour les deux IRM des épaules réalisées en juillet 2015 alors que les articulations étaient finalement indemnes. Le diagnostic radiologique de lésion type SLAP était excessivement difficile à émettre et à retenir en l'absence d'une injection intra-articulaire ; le tableau clinique était quoi qu'il en soit guère compatible avec ce diagnostic. Concernant les lombalgies, la dernière IRM de 2017 ne montrait qu'une très discrète discopathie L4-L5 non compressive ; là aussi, il existait un écart entre l'intensité et la chronicité des plaintes et les constatations médicales, cliniques ou radiologiques. Par ailleurs, les signes de Waddell avaient atteint un seuil significatif avec la présence de quatre sur cinq points positifs (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 15). En ce qui concerne le diagnostic de schizophrénie hébéphrénique s'accompagnant de plusieurs symptômes négatifs et entraînant une incapacité totale de travail, les experts n'ont pas retrouvé les symptômes, selon la définition de la CIM 10 de ce type de schizophrénie, chez leur sujet ; l'assuré interagissait avec plaisir avec

- 19 - l'interprète qui elle-même évoquait un large réseau d'amis avec des interactions décrites tout à fait complaisantes, chaleureuses et dénuées de tout malentendu ou de tensions interpersonnelles. Son discours était cohérent sans trouble formel de la pensée. Par ailleurs, l'expertisé n'avait jamais nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique ; des traits immatures étaient présents, sans atteindre le degré de déviation caractérielle ou de méfiance fondamentale constituant un trouble spécifique de la personnalité. De même, concernant les pseudo- hallucinations et cénesthésies (bruits dans la nuque), que l'assuré déplorait et qui l'inquiétaient depuis 2015, il n'y avait pas d'autre trouble de la lignée psychotique (pas de délire, de dépersonnalisation, de déréalisation, d'idée de référence ni de concernement ; rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 15 - 16 et rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 p. 7). En présence d'un écart entre les plaintes douloureuses alléguées, la modulation du comportement algique en fonction de la spécialité de l'expert (peu algique auprès de l'experte principale et de l'experte psychiatre et exagérée et théâtrale auprès de l'expert rhumatologue) d'une part et les données objectives d'autre part, les experts ont retenu un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (difficultés d'insertion socio- professionnelle en raison de la barrière linguistique, de l'absence de formation). Cette atteinte à la santé était par conséquent d'intensité légère, l'intéressé n'était pas envahi par la douleur et celle-ci n'occasionnait pas de détresse émotionnelle majeure, raison pour laquelle un diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été écarté par les experts (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 16 et rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 pp. 7 - 8). Pour leur évaluation de la capacité de travail, ils ont examiné les ressources (notamment dans la vie quotidienne) ; ainsi, l'assuré se levait à 08h00, déjeunait et avait quelques rendez-vous le matin à défaut de quoi il disait passer l'essentiel de son temps couché sur le canapé. Dans un second temps, il disait sortir avec sa fille, regarder des dessins

- 20 - animés sur internet et faire des jeux sur son natel (Candy Crush®) qui lui demandaient une certaine dextérité. La semaine était occupée par des visites à sa sœur et à son frère ; tantôt l'assuré se déplaçait à [...] et à [...], tantôt ses proches se rendaient chez lui à [...]. Son épouse préparait les repas et effectuait les tâches ménagères et ils faisaient régulièrement les courses ensemble. L'intéressé se couchait vers deux-trois heures du matin.

Ses loisirs étaient la pêche en rivière, les dessins animés sur internet et jouer à « Candy Crush® ». Il fumait la chicha mais ne prenait pas d'alcool, de drogue, ni ne présentait de dépendance aux médicaments ou au jeu. S'agissant du contexte social, outre les rencontres régulières avec son frère, sa sœur et leurs enfants, l'assuré signalait un large réseau social avec des amis de diverses nationalités qu'il appréciait de rencontrer et aider dans la mesure de ses moyens (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 17 et rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 p. 3 et p. 8). Les experts ont également apprécié la cohérence des troubles en fonction du mini CIF-APP et estimé que, d'un point de vue psychologique, les quelques limitations annoncées n'interféraient pas avec une activité simple (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 17 et rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 p. 8). Au terme de leur évaluation, ils ont constaté le rôle prépondérant de facteurs personnels et environnementaux (contextuels ou extra-médicaux), avec la précision que les quelques limitations décrites sortaient du champ médical (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 17 et rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 p. 8). Sur le plan psychiatrique, l'atteinte à la santé a été qualifiée d'intensité légère (rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2017 p. 7) étant observé que l'examen des experts s'avère conforme à la jurisprudence récente selon laquelle tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

- 21 - Les experts ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. Concluant unanimement à l'absence d'atteinte significative à la santé physique et psychique, sans que les diagnostics retenus d'un point de vue internistique et ostéo-articulaire n'entraînent de limitation fonctionnelle et n'interfèrent donc avec la capacité de travail, les experts ont précisé que les symptômes physiques allégués étaient jugés majorés pour des raisons psychologiques. Ils ont ajouté que les facteurs personnels et environnementaux, appelés encore contextuels ou extra-médicaux, jouaient un rôle prépondérant avec la précision que les limitations que ces derniers étaient susceptibles d'occasionner sortaient du champ médical (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 17). L'expertise ne souffre pas de contradictions ni de défauts manifestes. c) Les pièces médicales établies postérieurement à l'expertise CRR ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de celle-ci. Dans sa rubrique intitulée « extrait du dossier », l'expertise a fait état des éléments retenus par le Dr Z. \_\_\_\_\_ suivant l'assuré depuis le 11 juillet 2016 (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 4 – 5) de sorte que les experts en avaient déjà connaissance et les ont discutés. Le rapport du 29 août 2018 du Dr Z. \_\_\_\_\_ (pièce 74 pp. 176 - 182) fait état des plaintes de l'assuré sans les confronter à des examens objectifs (comme l'ont fait les experts) mais en admettant l'absence de substrat physique pouvant expliquer ses plaintes (p. 181). Le psychiatre traitant relève en outre que le recourant se positionne souvent comme victime en exposant que ce dernier « considère que sa vie a été une suite d'échecs et de problèmes. Il est convaincu qu'il est né sous une mauvaise étoile, selon lui le jour de sa naissance, les agneaux élevés par son père sont morts, pour lui il s'agit d'un signe clair que [sa] vie a mal démarré et depuis il en souffre » (p. 178). L'incapacité de travail totale mentionnée n'est pas établie sur le plan médical et le Dr Z. \_\_\_\_\_ se livre

- 22 - uniquement à une appréciation différente d'un même état de fait, sans pour autant réussir à convaincre que son évaluation devrait être préférée à celle des experts puisqu'elle ne repose pas sur des données objectives probantes. Il reproche aux experts de ne pas avoir tenu compte dans le fonctionnement du recourant des caractéristiques culturelles, or les aides et relations sociales trouvées font partie des ressources à prendre en considération, ce qui a été fait par les experts. Dans son avis « audition » du 20 novembre 2018 (pièce 76), le Dr F.\_\_\_\_\_, du SMR, rappelle pour sa part que des symptômes importants de la schizophrénie (par exemple non-intégration, froideur affective et tendance à l'isolement) ne sont pas présents et constate qu'il n'est de surcroît attesté aucun élément nouveau par rapport à la situation qui prévalait en novembre 2017. Le rapport du 25 juillet 2018 de la Dre B.\_\_\_\_\_ (pièce 74 pp. 183 - 185) fait état de lombo-sciatalgies bilatérales dont le recourant souffre depuis plusieurs années, alors que les examens n'ont rien relevé d'anormal, et ne fournit aucun élément nouveau dont les experts n'auraient pas déjà tenu compte et dûment apprécié quelques mois plus tôt. D'ailleurs, la médecin traitant dit qu'à son avis la capacité de travail est principalement limitée pour des raisons psychologiques. Sur le plan somatique, seules les lombo-sciatalgies bilatérales et l'obésité pourraient être invalidantes selon la profession pratiquée (profession où l'on doit beaucoup bouger ou se pencher ou en position assise ou debout prolongée), or les experts ont dûment examiné la répercussion de ces atteintes avant de nier leur caractère invalidant. Pour le reste, la Dre B.\_\_\_\_\_ semble adhérer aux conclusions des experts qu'elle qualifie de « tout-à-fait raisonnables ». Etant d'avis qu'il ne lui appartient pas de se prononcer sur la capacité de travail, cette médecin indique uniquement que le facteur limitant est l'état psychique du recourant ; elle ne se positionne pas de manière objectivée sur la question. Les rapports du département de chirurgie des HUG (pièce 74 pp. 186 – 209) ne fournissent pas d'indication permettant de mettre en doute les conclusions des experts au sujet de l'obésité. Aux termes du rapport du 11 janvier 2017 des HUG, l'assuré ne souffre pas de

- 23 - comorbidités classiques comme le diabète ou l'hypertension (pièce 74 p. 189). Le rapport du 16 septembre 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_ fait état d'un syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil de degré moyen à sévère qui a nécessité la mise en place d'une CPAP. Il ne se prononce toutefois pas sur les effets éventuels de cette atteinte sur la capacité de travail. Il admet que les plaintes physiques semblent être exagérées par rapport au substrat somatique (p. 6). Le « résumé de polysomnographie – Laboratoire du sommeil » du 29 août 2018 du service de pneumologie des HUG relève qu'une prise en charge par CPAP est indiquée pour les apnées. De son côté, le médecin du SMR (avis du 2 octobre 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_) considère également que cette affection est susceptible d'être traitée par une CPAP, thérapie qui permet aux personnes atteintes d'apnées du sommeil de vivre sans troubles. Dans ces conditions, les rapports postérieurs dont se prévaut le recourant ne permettent pas de s'écarter des constatations des experts ou de justifier un complément d'instruction. d) Le recourant soutient également que pour son évaluation l'intimé n'a pas tenu compte des répercussions de l'obésité dans son quotidien, sur son état psychologique et ses relations sociales, comme en atteste son psychiatre traitant. Les experts ont bien examiné la question de l'obésité (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 pp. 14-15). Selon la jurisprudence, l'obésité ne peut être constitutive d'invalidité que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C\_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 et la référence citée). Or en l'espèce, les experts ont

retenu le diagnostic non incapacitant d'obésité

- 24 - grade II selon OMS (BMI à 42 kg/m<sup>2</sup>) (E66.9). Ils n'ont pas constaté de dyspnée au repos et à la mobilisation au cours de l'examen clinique. Il n'y avait pas de signe d'insuffisance cardio-respiratoire. Sur la base des investigations mises à disposition par la médecin traitant, les experts ont constaté que l'obésité morbide de l'assuré n'était pas associée aux autres pathologies constituant un syndrome métabolique et demeurait sans répercussion au niveau des activités dans les domaines comparables de la vie ; cette pathologie n'imposait aucune limitation fonctionnelle ni ne revêtait pas valeur incapacitante. Les conclusions des experts sont conformes à la jurisprudence topique. e) Le recourant reproche à l'intimé d'avoir considéré à tort que son cas est stabilisé sur le plan médical. Outre ses propres allégations, l'intéressé ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour étayer son point de vue. Il semble lui avoir échappé que, dans son rapport du 25 juillet 2018 (pièce 74 pp. 183 – 185), la Dre B. \_\_\_\_\_ confirme l'état stationnaire sur le plan somatique depuis 2016. Sur ce point également, le recours est donc mal fondé. f) Pour le surplus, le recourant déplore l'absence de reclassement professionnel en sa faveur. aa) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

- 25 - bb) Comme on l'a vu, le recourant ne souffre d'aucune affection ayant un effet sur sa capacité de travail qui est entière. Il conserve une capacité de gain totale de sorte qu'il ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement de l'assurance- invalidité. En outre, le recourant dit lui-même dans son recours qu'il est incapable d'effectuer un quelconque travail ; il avait d'ores et déjà annoncé qu'il lui était difficile de se déplacer en vue d'une mesure de réadaptation (« note 1er entretien pour MIP [...] » du 9 juin 2015 [pièce 17 p. 35]). Au début de la mesure d'orientation professionnelle sous la forme de la prise en charge d'un accompagnement intensif de type « ENCO » auprès d'[...] SA, à [...], du 29 juin au 25 septembre 2015, l'assuré s'était plaint de lombalgies incapacitantes alors que le Dr A. \_\_\_\_\_ ne constatait aucun symptôme de cet ordre quelques jours auparavant (rapport du 4 juin 2015 de ce médecin [pièce 22 p. 55]). L'intéressé ne participait pas régulièrement à la mesure, avait manqué l'atelier curriculum vitae et plusieurs entretiens individuels, car il ne se sentait pas bien (Rapport phase 2 « Orientation professionnelle et définition des cibles » du 25 août 2015 d'[...] SA [pièce 25 p. 60]). De leur côté, les experts ont relevé que les facteurs non médicaux étaient susceptibles de mettre en échec la réinsertion (rapport d'expertise du 20 novembre 2017 p. 16). 5. Les moyens soulevés par le recourant à l'appui de sa cause sont infondés. On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts, étant souligné que le rapport d'expertise du 20 novembre 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations

complètes, il contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Celles-ci

- 26 - peuvent donc être suivies. En présence d'atteintes à la santé non incapacitantes, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toutes prestations. 6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, son audition personnelle et de ses médecins en tant que témoins, la production par la CRR de son dossier complet ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire multidisciplinaire – doivent dès lors être rejetées. Notamment le dossier complet de la Clinique romande de réadaptation n'est pas utile puisque le recourant n'a séjourné dans cette clinique qu'en vue de l'expertise et que ces médecins ont repris les éléments importants du dossier dans leur expertise pluridisciplinaire. Les médecins traitants se sont exprimés par le biais de rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il ne soit nécessaire de les entendre oralement. Le recourant a pu également s'exprimer tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). 7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des

- 27 - frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa). d) Par décision de la juge en charge de l'instruction du 15 avril 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 avril 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Imed Abdelli. Sur la base de la liste des opérations produite le 8 novembre 2019, il convient d'arrêter à 2'694 fr. l'indemnité de Me Abdelli, correspondant à quatorze heures et cinquante-huit minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'901 fr. 45. A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 145 fr. 05. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 3'046 fr. 50 (2'901 fr. 45 + 145 fr. 05). e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il

incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 28 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 7 mars 2019 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Imed Abdelli, conseil du recourant, est arrêtée à 3'046 fr. 50 (trois mille quarante-six francs et cinquante centimes), débours et TVA compris. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. La présidente : Le greffier :

- 29 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Imed Abdelli (pour E. \_\_\_\_\_), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.