

VD_GERICHTE ZD21.027574 vom 3. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.027574

FR: VD_GERICHTE ZD21.027574 du 3 novembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.027574 del 3 novembre 2022

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 240/21 - 327/2022 ZD21.027574 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 3 novembre 2022 _____ Composition : M. NEU, président
Mmes Silva et Pelletier, assesseures Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre :
V. _____, à B. _____, recourant, représenté par Me Mathilde Ram- Zellweger,
avocate à Versoix, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON
DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1
LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Ressortissant portugais entré en Suisse en 1984, au bénéfice d'un permis de séjour, V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, est marié et père d'un enfant adulte. Sans formation professionnelle, il a travaillé à l'occasion d'une mission temporaire dès le 11 juin 2012 en qualité d'ouvrier-maçon dans la construction. Le 26 octobre 2012, l'assuré a été victime d'un accident ; alors qu'il procédait à la mise en place d'une marche d'escalier en béton, il a glissé et, pour éviter de tomber, a fait un faux mouvement ayant entraîné des douleurs dorsales. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas. En incapacité totale de travail depuis 27 octobre 2012, il s'est vu signifier son licenciement pour le 17 décembre 2012. Après avoir touché des indemnités journalières de l'assurance-chômage, il émarge à l'aide sociale. Souffrant de problèmes dorsaux, l'assuré a déposé, le 16 janvier 2013, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de la procédure d'intervention précoce, l'office AI lui a accordé une mesure d'orientation professionnelle/bilan auprès de la Fondation N. _____ à Q. _____ du 26 février au 28 juin 2013 (communication du 18 mars 2013), laquelle n'a toutefois pas permis l'élaboration d'un projet professionnel en raison de l'état de santé non stabilisé de l'intéressé (rapport final de la Fondation N. _____ du 29 octobre 2013). Par décision du 10 avril 2014, confirmée sur opposition le 27 mai 2014, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 27 avril 2014, au motif que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident (status quo sine) pouvait être considéré comme atteint à cette date. Dans un rapport du 11 novembre 2014, le Dr D. _____, chef de clinique auprès du Service de rhumatologie de l'Hôpital Z. _____, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de lombalgies

- 3 - chroniques avec cruralgies intermittentes dans le cadre d'un spondylolisthésis de degré I L5/S1 sur lyse isthmique bilatérale, d'un déconditionnement physique et de troubles dégénératifs étagés. Si l'activité de manœuvre sur les chantiers n'était plus exigible, le Dr D. _____ estimait qu'une capacité de travail entière était possible dans une activité permettant l'alternance des positions et évitant le port de charges lourdes. Le Dr L. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après

: le SMR), a fait sienne cette appréciation (avis médical du 1er décembre 2014). Afin d'évaluer les aptitudes de l'assuré à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail, l'office AI a pris en charge un stage d'observation professionnelle auprès de la Fondation R. _____ du 23 mars au 24 avril 2015 (communication du 17 mars 2015). L'intéressé ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale au genou droit le 23 avril 2015, le stage n'a pas pu avoir lieu. Aussi a-t-il été reporté du 15 juin au 14 juillet 2015. L'assuré ayant été en incapacité totale de travail dès le 16 juin 2015, l'office AI a sollicité un rapport médical auprès du Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il a établi le 30 juin 2015. Il y expliquait avoir revu le patient deux mois après une bursectomie infra-patellaire droite. Si l'évolution post-opératoire avait été favorable, la reprise du travail s'était révélée prématurée puisqu'elle avait entraîné une tuméfaction douloureuse infra-patellaire ayant motivé un arrêt de travail. Selon le Dr Y. _____, la capacité de travail devait être entière d'ici 3 semaines. L'office AI a mis un terme à la mesure le 8 juillet 2015. Interrogé par l'office AI sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué qu'il n'avait pas revu son patient depuis le mois de novembre 2014. En dépit d'une situation chronifiée et d'une démotivation, il a jugé que la capacité de travail était entière dans une

- 4 - activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites (rapport non daté indexé le 10 août 2015). Le 29 octobre 2015, le Dr Y. _____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées. Sur la base de l'avis médical établi le 16 janvier 2017 par la Dre J. _____, selon laquelle il n'y avait pas de nouvelles atteintes incapacitantes de longue durée ou de modification durable de l'état de santé, l'office AI a pris en charge les frais d'une orientation professionnelle à plein temps auprès de la Fondation R. _____ du 3 avril au 30 juin 2017 (communication du 27 avril 2017). En raison des douleurs ressenties par l'assuré durant la mesure précitée, l'office AI lui a octroyé un reclassement professionnel à 80 % réparti sur un plein temps sous la forme d'une préformation dans les ateliers services de la même fondation du 1er juillet au 31 octobre 2017 (communication du 28 juin 2017). Dans un courrier du 26 septembre 2017, l'office AI a indiqué à l'assuré que, selon les informations transmises par la Fondation R. _____, il ne s'était pas présenté à son poste depuis le 4 août 2017. En outre, il avait présenté divers certificats médicaux établis au Portugal. Dans ces conditions, il a mis un terme à la mesure de reclassement professionnel en cours. Dans son rapport du 29 septembre 2017, la Fondation R. _____ a relevé que, moyennant des adaptations et une stabilisation de l'état de santé psychique de l'assuré, il était capable de fournir un travail à un taux maximal de 50 %. Parmi les objectifs qui lui avaient été fixés figurait notamment celui de prendre contact avec un psychologue. Dans un rapport du 6 août 2018, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a posé les

- 5 - diagnostics incapacitants de troubles de l'adaptation, d'épisode dépressif moyen et de douleurs chroniques dans lesquelles intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Tout en jugeant que la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon, il estimait que l'intensité des douleurs associée à l'état dépressif ne devaient pas empêcher de tenter la reprise de l'exercice d'une activité adaptée, sans toutefois préciser à quel taux. Réinterrogé par l'office AI, le Dr K. _____ a indiqué, le 24 janvier 2019, que l'évolution de l'état de santé de son patient depuis son dernier rapport était stable. Si la profession de maçon était

contre- indiquée, la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques (fluctuations de l'humeur, pragmatisme ralenti, déficiences de l'attention, difficultés de mémoire, fatigue). Dans un avis médical du 4 avril 2019, le Dr T. _____, médecin auprès du SMR, a déclaré qu'il ne comprenait pas pour quelle raison la capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan psychique était de 50 %. Un tel taux lui paraissait sous-évalué au regard de la symptomatologie modérée et des activités effectuées par l'assuré. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise psychiatrique « afin de déterminer les diagnostics incapacitants actuels sur le plan psychique ainsi que leurs évolutions depuis l'été 2017 au moins, les limitations fonctionnelles psychiques, la capacité de travail dans une activité adaptée et l'exigibilité du traitement en vue d'une amélioration de la capacité de travail. » Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 2 décembre 2019, l'expert n'a pas posé de diagnostic incapacitant tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un épisode dépressif léger. Compte tenu de limitations fonctionnelles secondaires à des éléments non médicaux et de ressources mobilisables, la capacité de travail de l'assuré était entière sans diminution de rendement depuis le

- 6 - mois de janvier 2019 dans une activité adaptée à ses limitations physiques moyennant un effort raisonnablement exigible de sa part. Invité à se déterminer, le Dr T. _____ a déclaré qu'il n'avait pas d'élément permettant de retenir une atteinte psychique incapacitante depuis son dernier rapport. Sur le plan somatique, il s'est référé au rapport du SMR du 1er décembre 2014, selon lequel l'assuré disposait depuis avril 2014 d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de position assise de plus de 30 minutes ; pas de position debout de plus de 10 minutes ; pas de port de charges excédant 17 kg, celui-ci devant être rare pour des charges supérieures à 12 kg et occasionnel pour des charges de plus de 7 kg ; pas de porte-à-faux et de sollicitation du rachis (avis médical du 13 février 2020). Dans un rapport du 6 mars 2020, le Dr C. _____ a expliqué que l'évolution était physiquement favorable mais que son patient n'avait pas encore commencé une réadaptation cardiaque à la suite d'un infarctus du myocarde survenu le 19 janvier précédent (occlusion de la coronaire droite avec mise en place d'un stent actif). Sur le plan émotionnel, la situation était plus compliquée car l'assuré vivait des angoisses post événementielles renforçant son déconditionnement général. Le Dr C. _____ a retenu que l'incapacité de travail était entière jusqu'au 30 juin 2020 et que, ensuite, son évaluation dépendrait du résultat de la réadaptation fonctionnelle. Dans un rapport du 13 juillet 2020, la Dre G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a indiqué que les limitations ostéo-articulaires correspondaient aux limitations mises en évidence dans le cadre de la maladie cardiaque, à savoir une activité professionnelle avec des efforts de basse intensité exercée à 50 % au maximum. Le 15 octobre 2020, la Dre G. _____ a déclaré que le taux de 50 % était dû aux comorbidités et limitations ostéo-articulaires mais que,

- 7 - du point de vue cardiaque, la limitation était évaluée de 0 à 20 % étant donné une fraction d'éjection du ventricule gauche normale et une capacité à l'effort de 80 %. Dans un avis médical du 2 décembre 2020, le Dr T. _____ a indiqué qu'après avoir investigué les atteintes de l'assuré sur les plans somatique et psychique, il n'y avait pas d'éléments pour modifier ses précédentes conclusions. Le 23 février 2021, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité à compter du 1er octobre 2013.

Selon les renseignements médicaux en sa possession, il avait présenté une incapacité totale de travail dès le 27 octobre 2012. Toutefois, dès le mois d'avril 2014, il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : pas de position assise de plus de 30 minutes ; pas de position debout de plus de 10 minutes ; pas de port de charges au-delà de 17 kg, rarement au-delà de 12 kg et occasionnellement au-delà de 7 kg ; pas de porte-à-faux et de sollicitation du rachis. Compte tenu d'un préjudice économique inférieur à 40 %, la rente était supprimée au 30 juin 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. En l'absence d'objections, l'office AI a, par décision du 25 mai 2021, entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 23 février précédent. B. a) Par acte du 25 juin 2021, V. _____, représenté par Me Mathilde Ram-Zellweger, avocate, a déféré la décision du 25 mai 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er juillet 2014. Tout d'abord, l'assuré s'est étonné que l'instruction de sa demande de prestations ait nécessité huit années avec pour corollaire une précarisation de sa situation financière et le recours aux prestations de l'assistance sociale. Compte tenu ensuite d'un arrêt de travail perdurant depuis l'accident de 2012 et de l'échec des mesures

- 8 - professionnelles mises en œuvre, il estimait remplir les conditions du droit à une rente entière d'invalidité. b) Dans sa réponse du 4 août 2021, l'office AI a expliqué qu'un éventuel retard à statuer ne saurait lui être reproché. En effet, les mesures d'instruction et les mesures professionnelles mises en place – échelonnées dans le temps – avaient été nécessaires pour évaluer l'état de santé de l'assuré et les conséquences de celui-ci sur son aptitude au travail, déterminant ainsi son droit aux prestations. Pour le reste, il n'était fait état d'aucun élément médical objectivement vérifiable rattaché à la période prévalant jusqu'à la décision querellée, qui n'aurait pas été pris en compte par l'administration et qui serait suffisamment pertinent pour modifier sa position. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours. c) Par réplique du 6 septembre 2021, l'assuré a indiqué qu'il ne se reconnaissait pas dans la capacité de travail entière qui lui avait été reconnue. De plus, les mesures de réinsertion mises en œuvre entre 2013 et 2017 ne correspondaient ni à ses qualifications professionnelles (ouvrier qualifié) ni à ses capacités physiques, ce qui expliquait son absence lors du dernier stage. Il a en outre fait valoir que l'expertise du Dr E. _____ était dépourvue de valeur probante, lui reprochant son caractère lacunaire en tant qu'elle n'avait pas pris en compte ses émotions et ses capacités. A l'avis de l'expert, il a opposé celui du Dr K. _____, selon lequel sa capacité de travail était nulle en toute activité en raison de troubles de l'adaptation, d'un épisode dépressif et de douleurs chroniques où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (rapport du 27 août 2021). Compte tenu de cette divergence d'appréciation, il a sollicité, d'une part, l'audition de divers médecins (Drs K. _____, Y. _____ et G. _____) de même que la sienne et, d'autre part, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique neutre. Cela étant, tout en contestant disposer d'une capacité de travail entière, il a expliqué qu'au vu de son expérience professionnelle, il aurait besoin d'une formation complémentaire pour débiter une activité adaptée, Or, âgé de 60 ans et en mauvaise santé, un tel changement n'était pas exigible. Par

- 9 - conséquent, l'assuré a déclaré qu'il persistait intégralement dans les conclusions de son recours. d) Dupliquant le 21 septembre 2021, l'office AI a répété que la critique formulée par l'assuré quant à la durée de l'instruction ne pouvait être suivie dès lors que les mesures

nécessaires à l'examen de son potentiel avaient été mises en œuvre de manière échelonnée dans le temps. Pour le reste, le bordereau de pièces produit à l'appui de la réplique n'était pas de nature à apporter un éclairage nouveau sur la situation de l'assuré. En conséquence, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours. e) Le 12 octobre 2021, l'assuré a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler. 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.

- 10 - 2. a) Le litige porte sur l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité réputée adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

- 11 - au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde

sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante,

- 12 - n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) 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). d) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références). 5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en

- 13 - 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). 6. a) Il est admis que l'assuré présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de maçon depuis l'accident dont il a été victime au mois d'octobre 2012. Il n'est pas non plus contestable de retenir un retour à une pleine capacité de travail sur le plan somatique à compter d'avril 2014 : la CNA a instruit et tranché cette question, et tous les médecins traitants s'accordent à retenir cette pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (cf. rapports des 11 novembre 2014, 29 octobre 2015 et 6 mars 2020 établis respectivement par les Drs D._____, Y._____ et C._____). Ce même constat a été dressé dans le cadre des mesures professionnelles mises en oeuvre durant la procédure administrative (cf. rapport final de la Fondation N._____ du 29 octobre 2013 et rapport de stage en ateliers du 9 mai 2017). b) Subsiste la problématique psychique, singulièrement la divergence d'avis entre l'expert E._____ et le psychiatre traitant K._____. aa) A l'instar de l'intimé, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise du 2 décembre 2019 du Dr E._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante. De bonne facture, il se fonde sur un examen complet du dossier médical et asséurologique, ainsi que sur un examen clinique, lege artis. La problématique des troubles psychiques est examinée de manière systématique et complète, dans chaque registre, et les avis sont motivés, en se fondant sur l'observation clinique, singulièrement les plaintes et

- 14 - déclarations de l'assuré ainsi que le descriptif de son quotidien évoqué en cours d'examen. L'avis divergent du psychiatre traitant est discuté, et les conclusions de l'expert motivées, sans apparentes contradictions. bb) Le Dr E._____ a retenu pour seul diagnostic un épisode dépressif léger. Celui-ci s'expliquait par les divers bouleversements auxquels l'assuré avait été confronté depuis l'accident dont il avait été victime au mois d'octobre 2012 (situation financière difficile, relation distante avec son épouse vivant au Portugal et nouvelle façon de vivre), ce qui avait entraîné tension, mal-être et découragements. Cette pathologie était toutefois sans répercussion sur la capacité de travail en l'absence d'anhédonie et d'aboulie. De plus, l'appétit et le sommeil étaient conservés, le tout accompagné de repères bien structurés sur une journée-type permettant à l'intéressé un fonctionnement normal sur le plan social. Cela étant, l'expert a exclu l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Si plusieurs diagnostics en lien avec la symptomatologie douloureuse étaient certes retrouvés chez l'assuré (lomboradiculalgies de type S1 des deux côtés, non déficitaires, sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire associés à des protrusions discales L4-L5 et L5-S1 avec sténose foraminale), il n'y avait pas pour autant d'altération du fonctionnement social et familial pas plus qu'il n'existait de symptômes anxieux ou dépressifs manifestes. Pour le reste, l'examen clinique n'avait rien révélé de particulier. Orienté dans le temps et dans l'espace, l'assuré ne présentait pas de trouble de la vigilance ou de l'attention. Si la mémoire immédiate était intacte, il éprouvait cependant quelques difficultés à retrouver des dates plus anciennes. Le cours et le contenu de la pensée étaient dans la norme. Durant l'entretien, l'expert n'a pas décelé de rumination, de pensée obsessionnelle ou d'idée délirante. Il n'y avait pas non plus d'illusion, d'hallucination auditive, visuelle, tactile ou cénesthésique. La conscience de soi était

présente. Il n'y avait pas de perturbation de l'image corporelle ni de dépersonnalisation. L'expert n'a pas non plus noté d'émoussement ou d'abrasion des affects, lesquels étaient appropriés. L'humeur fluctuante n'entraînait pas une diminution de l'élan vital. Il n'y avait pas d'irritabilité. S'il existait un sentiment de dévalorisation et une baisse de l'image de soi,

- 15 - l'anamnèse ne permettait pas de retenir des idées noires. L'expert n'a ainsi pas objectivé de tentative de suicide ni d'actes d'automutilation. L'attitude face à l'avenir professionnel a été qualifiée de morose au vu de la réticence de l'assuré à revenir sur le marché de l'emploi compte tenu de ses douleurs. cc) De la même manière, le Dr E. _____ a dûment examiné la gravité des symptômes et la cohérence. Quand bien même il persistait un sentiment de détresse mineur à mener à bien des activités professionnelles, les éléments cliniques recueillis depuis le début de l'année 2019 permettaient de retenir une évolution clinique favorable avec une amélioration de l'état psychologique. A cela s'ajoutait que le suivi actuel de l'assuré n'était pas intensif et qu'il n'avait pas été hospitalisé. Bien entouré sur le plan social par des amis de sa communauté régulièrement rencontrés, il affirmait ne pas avoir de difficultés dans les relations interpersonnelles. De même, il était en mesure d'assumer les tâches ménagères et administratives, sa journée-type étant structurée par des repères bien définis. Hormis une légère difficulté à adapter son comportement à des situations changeantes, l'assuré disposait de ressources mobilisables moyennant un effort qui pouvait raisonnablement être exigé de sa part. Même si l'expert a exprimé des doutes quant à la compliance médicamenteuse, il a indiqué que les mesures préconisées à cet égard ne s'imposaient pas au vu des limitations fonctionnelles retenues (découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, fatigabilité, démotivation et indécision). En effet, dès lors qu'elles étaient secondaires à des éléments non médicaux (déconditionnement au travail depuis plusieurs années), elles n'entravaient pas la capacité de travail. dd) Sur la base de son analyse, le Dr E. _____ a jugé que le recourant disposait, depuis le début de l'année 2019, d'une capacité de travail de 100 % en toute activité adaptée à ses limitations physiques. ee) Le recourant oppose à l'expertise psychiatrique du Dr E. _____ l'appréciation du Dr K. _____, psychiatre traitant, du 27 août

- 16 - 2021. Outre que ce dernier se ne prononce pas sur l'expertise réalisée par son confrère, son avis doit être pris avec circonspection dans la mesure de l'empathie témoignée au patient (cf. considérant 4c supra), dans le contexte d'un traitement somme toute léger. Sur le fond, on constate qu'il rapporte essentiellement les plaintes de son patient sans toutefois convaincre de l'intensité des troubles telle qu'à même de priver l'intéressé d'une part de ses ressources. En retenant les diagnostics de troubles de l'adaptation, d'épisode dépressif moyen et de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques, le psychiatre traitant n'a pas objectivé ceux-ci ni explicité leurs composantes. Quoi qu'il en soit, il ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr E. _____ et suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. En se limitant à une appréciation divergente de la situation, le Dr K. _____ ne fait que substituer son propre point de vue à celui de l'expert sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il faut s'écarter des conclusions expertales. c) En conclusion, il convient de tenir pour établi que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 7. Le recourant allègue ne pas être en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée. a) En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si

celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à sa santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément

- 17 - déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si l'on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4). b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent 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

- 18 - résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). c) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît exigible. Si l'âge du recourant (58 ans à la date de l'expertise du Dr E. _____), les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle. d) Dans ce contexte, le recourant ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas avoir diligenté des mesures de réinsertion professionnelle adaptée à ses qualifications professionnelles et à ses capacités physiques (cf. réplique du 6

septembre 2021, p. 2), ce qui expliquerait selon lui l'échec des mesures mises en œuvre. En présence de ressources physiques et psychiques mobilisables moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, ce dont tous les médecins conviennent du reste, on observe que les limitations fonctionnelles, également clairement posées, ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé. Outre l'âge, elles ont au demeurant été dûment prises en compte au titre de l'abattement pour désavantage salarial à hauteur de 15 %. 8. Dans la mesure où, pour le reste, les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'intimé ne sont pas contestés, il n'y a pas lieu d'examiner ce point plus avant. 9. 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 sa réplique du 6

- 19 - septembre 2021 – à savoir, son audition personnelle, celle des Drs K. _____, Y. _____ et G. _____ ainsi que la réalisation d'une expertise psychiatrique – doivent dès lors être rejetées. Notamment, le psychiatre traitant s'est exprimé par le biais de rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant sans qu'il soit nécessaire de l'entendre oralement. Il en va de même des Drs Y. _____ et G. _____. 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 sur une problématique essentiellement médicale. 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 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). 10. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 11. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) 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). 12. a) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Ram-Zellweger peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 31 janvier 2022, il apparaît qu'elle ne peut pas être intégralement suivie. En particulier, le recours (4 pages) et la réplique (observations complémentaires sur 4 pages) ne nécessitent pas 11 h 30 de travail mais 6 heures. De même, la prise de connaissance du

- 20 - dossier constitué par l'office intimé facturée à 8 heures doit être réduite. Partant, il convient de retenir 20 heures de prestations d'avocat rémunérées au tarif horaire de 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires de 3'600 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours et la TVA de 7,7 %. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 4'071 fr. 05 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). 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 25 mai

2021 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de V. _____ et provisoirement supportés par l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. L'indemnité d'office de Me Mathilde Ram-Zellweger est arrêtée à 4'071 fr. 05 (quatre mille septante et un francs et cinq centimes), débours et TVA compris.

- 21 - 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 d'office mis à la charge de l'Etat. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Mathilde Ram-Zellweger, avocate (pour V. _____), - 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

- 22 - 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.