

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Berthoud et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J. _____, sans domicile connu, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, travaillait comme ouvrier de la construction pour le compte de l'entreprise W._____ SA du 3 novembre au 22 décembre 2017.

Le 14 décembre 2017, l'assuré a chuté d'environ 80 cm dans une benne. Se réceptionnant sur la fesse droite, il a ressenti de fortes douleurs au niveau de sa hanche droite (rapport initial établi le 6 février 2018 par la Dre F._____, médecin assistante au sein de l'Hôpital B._____). L'examen radiologique effectué le 15 décembre 2017 n'a pas décelé de fracture ou de luxation des hanches ni de fracture du bassin ou d'anomalie des articulations. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet accident.

Dans un rapport du 22 janvier 2018, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait état d'un examen clinique anormal, avec un Trendelenburg positif, ce qui parlait en faveur d'une impossibilité musculaire (muscle moyen fessier) ou ligamentaire à stabiliser le bassin à la suite du traumatisme. Il a, à cet égard, préconisé du repos, les structures lésées devant se guérir spontanément. Compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse, le Dr P._____ a prescrit des examens radiologiques complémentaires. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 1^{er} mars 2018 a montré une arthrose interfacettaire de L4 à S1. Celle pratiquée le 2 mars 2018 a, quant à elle, mis en évidence une séquelle de fracture de l'aile iliaque droite avec persistance d'une solution de continuité et formation d'un cal osseux. Cette lésion a par la suite été confirmée par le scanner pratiqué le 5 mars 2018.

L'assuré a séjourné du 18 avril au 8 mai 2018 à la Clinique T._____. Dans un rapport du 15 mai 2018, les Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C._____, médecin assistante, ont constaté la consolidation de la fracture de l'aile iliaque droite. Aucune

psychopathologie n'avait en revanche été détectée, ni aucun nouveau diagnostic neurologique posé. Quant à l'évaluation orthopédique, elle ne justifiait aucune intervention chirurgicale. L'intéressé peinait à comprendre la notion de consolidation de fracture. La poursuite d'un traitement conservateur était indiquée pour un reconditionnement physique global. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues par rapport au côté droit du bassin : long déplacement surtout en terrain irrégulier et port de charges lourdes. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de un à deux mois au maximum. Pour le surplus, les médecins de la Clinique T. _____ ont attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 3 juin 2018. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon était défavorable en raison d'un important déconditionnement. Toutefois, si l'évolution continuait d'être favorable, la reprise de cette activité pouvait être envisageable à court terme. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées était favorable. Une capacité de travail entière était attendue dans une telle activité, étant précisé que des facteurs extra-médicaux étaient susceptibles de ralentir le processus de réinsertion.

Le 12 juin 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant, à titre d'atteinte à la santé, une fracture du bassin. Dans le cadre de l'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser au dossier celui de la CNA qui contenait notamment les documents suivants :

- un rapport du 11 octobre 2018, dans lequel les Drs Y. _____ et L. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès de l'Hôpital B. _____, ont indiqué que la consultation (pratiquée la veille) avait été motivée par des douleurs de longue date de la crête iliaque droite irradiant dans les deux jambes puis le thorax de manière intermittente provoquant des céphalées bitemporales ainsi que des tremblements des membres inférieurs. Au terme de leur examen, ils concluaient à des symptômes peu

systématisés et, au vu de la symptomatologie, à l'absence d'une cause cardiaque ou d'une embolie pulmonaire mais plutôt à une somatisation des douleurs chez un patient au demeurant en excellent état général ;

- un rapport du 12 octobre 2018 faisant suite à une consultation du même jour auprès du même hôpital, dans lequel les Drs Y._____ et Z._____, médecin assistante, ont posé le diagnostic de symptômes d'origine psychosomatique. Ils relevaient que le patient n'était pas prêt à entendre ce diagnostic, dans la mesure où il était persuadé que l'origine du problème était à attribuer uniquement à l'ancienne fracture de l'aile iliaque. Ils ont dès lors proposé une modification du traitement antalgique ainsi qu'une prise en charge à la clinique de la douleur à V._____ ;
- un rapport du 12 décembre 2018 établi à la suite du séjour de l'assuré au sein du Service de rhumatologie de l'Hôpital R._____ du 19 au 30 novembre 2018 en vue d'un bilan étiologique ainsi que d'un traitement multimodal de la douleur après échec de la prise en charge ambulatoire. Le Prof. D._____, chef de service, et le Dr N._____, médecin assistant, ont notamment diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme avec troubles anxieux et conclu à une dysfonction mécanique de l'articulation sacro-iliaque droite, à une alexithymie avec trouble somatoforme et trouble anxieux probables ainsi qu'à une dyslipidémie. Si l'évolution était stationnaire, le séjour s'était néanmoins avéré profitable dans la mesure où il avait permis d'éclaircir le diagnostic ;
- un rapport du 15 février 2019, dans lequel le Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, rendait compte de l'examen final pratiqué la veille par ses soins. L'examen clinique n'ayant mis en évidence aucune limitation fonctionnelle notable, le Dr H._____ l'a qualifié de « strictement normal ». A réception des nouvelles radiographies du bassin, il a constaté un remodelage du cal osseux au niveau de l'aile iliaque droite, ce qui

parlait en faveur d'une guérison de la fracture. Du point de vue orthopédique, il a estimé que, compte tenu de la nécessité d'un réentraînement à l'effort, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mars 2019 avant d'atteindre 100 % un mois plus tard.

Dans un rapport du 8 mai 2020, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre de liaison, a indiqué que, depuis le mois d'octobre 2019, l'assuré faisait l'objet d'un suivi psychiatrique auprès de la Consultation d'antalgie de l'Hôpital R._____. Il a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'hypocondrie et de traits de personnalité de type paranoïaque. Sans se prononcer sur la capacité de travail, le Dr M._____ a expliqué que l'intéressé présentait des défenses et des symptômes d'allure hypocondriaque et paranoïaque, ajoutant que le pronostic de ces deux diagnostics n'était pas favorable.

Analysant les pièces médicales au dossier, la Dre E._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), en a inféré l'existence d'un possible trouble somatoforme douloureux, tout en n'excluant pas une autre pathologie psychiatrique, chez un assuré dont l'atteinte initiale somatique (une fracture de l'aile iliaque droite) ne permettait pas d'expliquer les plaintes douloureuses actuelles. Elle a rappelé qu'une capacité de travail entière avait été reconnue sur le plan somatique par le Dr H._____ depuis le mois d'avril 2019. Au vu des plaintes actuelles dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux persistant, la Dre E._____ s'est posé la question de la capacité de travail exigible et des ressources mobilisables de l'assuré. Aussi a-t-elle demandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (avis du 13 juillet 2020).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté Centre X._____ à G._____ pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant, conformément à la recommandation de la Dre E._____, un volet orthopédique (Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur), un volet psychiatrique (Dre O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et un volet de médecine interne (Dre Q._____, médecin praticien). Dans leur rapport du 17 décembre 2020 (appréciation générale interdisciplinaire), les experts n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail. Sans répercussion sur cette dernière, ils ont posé les diagnostics suivants : personnalité paranoïaque partiellement décompensée (F 60.0), status après fracture sans déplacement de l'aile iliaque droite le 14 décembre 2017, rachialgie lombaire sporadique sans sciatalgie, douleurs nocturnes au niveau des deux pieds, hémorroïdes non compliquées, tabagisme actif et dyslipidémie. D'un point de vue interdisciplinaire, les experts ont estimé que, tant dans l'activité habituelle de maçon que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis le mois de juin 2018.

Sollicitée pour détermination, la Dre E._____ a demandé, par avis médical du 21 janvier 2021, qu'une question complémentaire soit adressée à la Dre O._____ à laquelle celle-ci a répondu en ces termes (rapport du 5 février 2021) :

« [Au vu de la désorganisation de la pensée actuelle de cet assuré, pensez-vous qu'il est employable ? Dans l'affirmative, merci de me préciser les éléments objectifs ou les ressources mobilisables de l'assuré qui permettent d'exiger de lui une capacité de travail entière.]

Oui, la personne assurée est employable car la désorganisation actuelle est réactionnelle à l'accident au niveau de la hanche, subi en 2017, mais la personne assurée a travaillé jusque-là « normalement », malgré les aspects particuliers de sa personnalité. Même une année après son accident, lors de son séjour en réadaptation en mai 2018, aucune pathologie psychiatrique n'était décrite. La structure de la personnalité a toujours été présente mais la décompensation est récente et clairement réactionnelle. En cours d'entretien, la personne assurée peut se montrer adéquate quand des sujets autres que ses problèmes de santé sont abordés. Elle peut expliquer comment elle a toujours fait face à une situation culturelle, migratoire et sociale très difficile, d'autant mieux qu'elle était difficile et ce depuis son plus jeune âge, montrant ainsi des ressources indéniables malgré la pathologie psychiatrique de base. Elle n'a pas collaboré à des mesures de réadaptation qu'elle a mal vécues, les considérant humiliantes, et montre que si elle met bien avant ses douleurs, elle ne veut pas d'aide particulière, considérant qu'elle n'en a pas besoin.

La personne assurée se présente à l'expertise ponctuellement, tirée à quatre épingles, rasée de près et parfaitement soignée. Elle comprend bien le français et s'exprime de manière suffisante. Elle est en grande forme physique et semble ainsi parfaitement à même de s'occuper d'elle-même dans un centre de réfugiés où l'accès aux sanitaires et à la cuisine est pourtant restreint. Elle se plaint de l'inactivité qui lui est imposée. Malgré son trouble, elle n'éprouve pas de difficulté à vivre en communauté et n'a, à notre connaissance et malgré ses troubles, aucun problème relationnel avec ses compagnons du centre de réfugiés.

Du point de vue des ressources mobilisables, les problèmes touchant la sphère relationnelle sont moyens et ne semblent apparaître que dans le contexte de la consultation médicale, la personne assurée semble relativement adaptée dans sa vie quotidienne au vu de ce qui précède.

Cette psychopathologie n'est manifeste que lorsqu'on interroge la personne assurée sur son accident et ses conséquences mais non lorsque d'autres domaines pratiques de sa vie sont explorés. Elle semble pouvoir se contenir en dehors de ce contexte, au point que le trouble ne paraît pas interférer avec la capacité de travail et ne nécessite pas de limitation fonctionnelle sur le plan professionnel. »

Après avoir requis l'avis de la Dre E. _____ (avis médical du 17 février 2021), l'office AI a, par projet de décision du 23 mars 2021, informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité, motif pris qu'il disposait, depuis le 1^{er} juin 2018, d'une capacité de travail entière en toute activité moyennant le respect des limitations fonctionnelles liées au trouble paranoïaque (ne pas aborder les problèmes de santé de l'assuré et arrêt des consultations médicales).

Le 7 mai 2021, l'assuré a présenté des objections à ce projet. Contestant l'appréciation des experts, il a fait valoir que ses affections psychiques et physiques excluaient l'exercice de n'importe quelle activité lucrative, si bien qu'il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité afin qu'il « puisse mener une existence conforme à la dignité humaine ». A l'appui de ses allégations, il a joint des certificats d'arrêt de travail pour la période comprise entre mars 2019 et mai 2021 établis par ses médecins traitants, dont le Dr P. _____.

Le 10 juin 2021, l'assuré a transmis à l'office AI un rapport du 8 juin 2021 émanant du Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Il y posait les diagnostics - avec effet sur la

capacité de travail – de syndrome douloureux somatoforme avec troubles anxieux, de dysfonction mécanique de l'articulation sacro-iliaque avec status post fracture de l'aile iliaque droite survenue le 14 décembre 2017 lors d'un accident de travail et diagnostiquée le 5 mars 2018 et de discopathie L5-S1 avec arthrose interfacettaire L4-S1. S'agissant de la capacité de travail, le Dr U._____ a estimé que, sous réserve de l'appréciation du psychiatre, son patient ne semblait pas être en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle en raison de ses troubles douloureux chroniques en lien avec une fragilité majeure sur le plan psychique. En sus des problèmes somatiques évoqués dans ce rapport, l'assuré a mentionné qu'une consultation était prochainement prévue auprès d'un dermatologue. Il a également joint à son courrier un certificat du 7 juin 2021 attestant d'une incapacité totale de travail pour tout le mois de juin 2021, signé par la Dre A.A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante. L'assuré déduisait des documents produits une incapacité totale à reprendre quelque activité professionnelle que ce soit.

Par décision du 2 juillet 2021, l'office AI a entériné son refus d'octroyer une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 23 mars 2021. Une lettre d'accompagnement du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. **a)** Par acte du 31 août 2021, J._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision précitée, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI « pour complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique ». En substance, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise de la Dre O._____, dans la mesure où son appréciation de la capacité de travail était contredite par plusieurs de ses médecins traitants. A cet égard, il a produit deux certificats médicaux aux termes desquels la Dre A.A._____ attestait d'une incapacité totale de travail du 21 juillet au 30 septembre 2021.

b) Dans sa réponse du 4 octobre 2021, l'office AI a estimé que les documents produits par l'assuré ne permettaient pas de retenir une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Centre X._____ et qu'aucun élément n'avait été ignoré par l'experte. Dans ces conditions, l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, si bien que l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Le 15 novembre 2021, l'assuré a transmis deux nouveaux certificats d'incapacité totale de travail établis par le Dr B.B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour les mois d'octobre et de novembre 2021. Il a également produit un rapport du 22 octobre 2021 décrivant le résultat des examens dermatologiques effectués et concluant à une lichénification sans spécificité avec quelques corynbactéries (biopsie).

d) Le 13 décembre 2021, l'assuré a produit une ordonnance de physiothérapie du 16 novembre 2021 ainsi qu'un nouveau certificat daté du 10 décembre 2021 par lequel le Dr B.B._____ attestait d'une incapacité totale de travail pour le mois de décembre 2021, renouvelée pour le mois de janvier 2022 (certificat du 10 janvier 2022).

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 2 juillet 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, 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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

6. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'examens complets sur les plans orthopédique, psychiatrique et de la médecine interne auprès du Centre X._____, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail de 100 % en toutes activités à partir du 1^{er} juin 2018.

b) Sur le plan somatique, le Dr I._____ n'a pas retenu d'atteinte orthopédique à l'issue de son examen clinique. S'appuyant sur ce dernier ainsi que sur les éléments au dossier et l'anamnèse, il a estimé, à l'instar de ses confrères de la Clinique T._____, que la capacité de travail médico-théorique était vraisemblablement de 100 % dans l'activité habituelle depuis le mois de juin 2018. Pour le reste, la Dre Q._____ n'a

pas retenu de limitations fonctionnelles du point de vue de la médecine interne.

aa) Aucune des pièces médicales au dossier ne permet de remettre en question l'appréciation des experts.

aaa) Dans leur rapport du 15 mai 2018, les Drs K._____ et C._____ ont constaté la consolidation de la fracture de l'aile iliaque droite, notion que l'assuré peinait à comprendre. Si aucune intervention chirurgicale n'était pour l'heure proposée, la poursuite d'un traitement conservateur était recommandée en vue d'un reconditionnement physique global. En l'état, la reprise de l'activité de maçon n'était pas envisageable en raison du déconditionnement de l'assuré, à moins que l'évolution favorable ne se poursuive, auquel cas la reprise de cette activité serait envisageable à court terme. Quoi qu'il en soit, le pronostic dans une activité respectant les limitations fonctionnelles orthopédiques décrites (pas de longs déplacements en terrain irrégulier et pas de port de charges lourdes) était favorable, si bien qu'une pleine capacité de travail dans une telle activité était attendue dès le mois de juin 2018. L'existence de facteurs non médicaux était toutefois susceptible de ralentir le processus de réinsertion. Pour sa part, le Dr H._____ a conclu, au terme de son examen médical final du 14 février 2019, à un examen clinique « strictement normal ». Admettant également la nécessité d'un réentraînement à l'effort, il a estimé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle dès le 1^{er} mars 2019 puis de 100 % un mois plus tard. Outre le caractère temporaire de la capacité de travail partielle reconnue à l'assuré, il sied de relever qu'elle concerne l'activité habituelle de maçon, de telle sorte qu'il peut être considéré une capacité de travail implicite de 100 % dans une activité adaptée. Antérieurement à l'examen du Dr H._____, les médecins de l'Hôpital B._____ avaient déjà relevé un état général excellent, les symptômes dont se plaignait l'assuré étant peu systématisés (cf. rapport du 11 octobre 2018), constat confirmé lors de la consultation du 12 octobre 2018 à l'issue de laquelle ces mêmes médecins ont évoqué le diagnostic de symptômes d'origine psychosomatique ayant débuté à la suite d'un traumatisme du bassin (cf.

rapport du 12 octobre 2018). En raison de la persistance de douleurs au bassin, l'assuré a séjourné à l'Hôpital R. _____ au mois de novembre 2018 en vue d'un bilan étiologique multidisciplinaire et d'un traitement multimodal de la douleur. Dans leur rapport du 12 décembre 2018, les Drs D. _____ et N. _____ ont certes objectivé des symptômes compatibles avec une dysfonction mécanique de l'articulation sacro-iliaque droite non sans en souligner la composante non-organique manifeste (cf. rapport du 12 décembre 2018). S'agissant enfin des rapports des médecins traitants, le Dr P. _____ n'objective pas l'incapacité de travail retenue tandis que le Dr U. _____ la réfère aux atteintes psychiques (cf. rapport du 8 juin 2021).

bbb) L'atteinte dermatologique décrite dans le rapport médical du 22 octobre 2020 ne permet pas non plus de justifier d'une incapacité de travail quand bien même elle serait apparue antérieurement à la décision dont est recours.

bb) En résumé, il convient d'admettre que l'analyse médicale opérée sur le plan somatique par les experts du Centre X. _____ apparaît pertinente et qu'il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de leur évaluation de la capacité de travail, laquelle n'est au demeurant pas contestée par le recourant.

c) Sur le plan psychiatrique, le recourant fait valoir que l'expertise de la Dre O. _____ est dépourvue de valeur probante, dans la mesure où son appréciation de la capacité de travail est contredite par plusieurs de ses médecins traitants.

aa) Tout d'abord, il convient de rappeler qu'un certificat médical, en l'occurrence de la Dre A.A. _____ puis du Dr B.B. _____, ne constitue pas une pièce suffisante à contester la valeur probante d'une expertise s'agissant d'une simple attestation dépourvue de tout élément d'appréciation. Par ailleurs, le complément d'expertise répond aux interrogations de la Dre E. _____, *a priori* à satisfaction de celle-ci, ce qui se déduit de son avis du 17 février 2021. Au demeurant, le recourant

n'apporte aucun élément étayant sa contestation des observations de l'experte.

Il est ensuite le lieu de relever qu'en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 8C_112/2018 du 24 avril 2018 consid. 4.3), étant seul décisif le fait que le diagnostic s'appuie *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, avec indication du degré de gravité de la symptomatologie ainsi que des limitations fonctionnelles (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et la jurisprudence citée).

En l'occurrence, la Dre O._____ s'est attachée à expliquer les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas l'existence d'un trouble somatoforme tel que diagnostiqué par les Drs D._____ et N._____ (cf. rapport du 12 décembre 2018). A son avis, l'écoulement du temps avait montré que les plaintes somatiques formulées par le recourant soutenaient un discours revendicateur de type paranoïaque, lequel ne répondait pas à la définition de ce diagnostic. De plus, ces plaintes renfermaient une connotation sexuelle qui ne relevaient pas de défenses alexythymiques. De même, l'experte a écarté le diagnostic d'hypocondrie (cf. rapport du Dr M._____ du 8 mai 2020), dès lors que son entretien avec le recourant faisait clairement ressortir que ce dernier ne nourrissait aucune crainte qu'une pathologie n'aurait pas été diagnostiquée.

La Dre O._____ a également retenu le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque (F 60.0). D'après la CIM-10, il se caractérise par une sensibilité excessive aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes, un caractère soupçonneux, une tendance à fausser les événements en interprétant les actions impartiales ou amicales d'autrui comme hostiles ou méprisantes, une suspicion répétée, sans justification, en ce qui concerne la fidélité de son conjoint ou partenaire sexuel et un sens tenace et agressif de ses propres droits. Il peut exister une tendance à une surévaluation de sa propre importance et souvent une référence excessive à sa propre personne.

bb) Ce diagnostic ne manque pas de surprendre dans la mesure où, aucun des symptômes usuels d'un tel trouble n'a été mis en évidence.

En effet, les médecins de la Clinique T. _____ n'ont détecté aucune psychopathologie (cf. rapport du 15 mai 2018, p. 4), tandis que le Dr H. _____ n'a pas évoqué d'éléments en faveur d'un trouble psychique, se limitant à douter de l'utilité d'une psychothérapie (cf. rapport d'examen médical final du 15 février 2019). De son côté, le Dr M. _____, psychiatre de liaison, a posé le diagnostic de traits de personnalité de type paranoïaque (F 60.09). Dans son rapport du 8 mai 2020, il a expliqué que le fonctionnement de l'assuré lui semblait caractérisé par une structure psychotique et par des difficultés de compréhension dont la nature n'était pas claire. A cette fin, il a fait réaliser des tests projectifs en vue d'éclaircir la structure psychique et le fonctionnement psychopathologique. Les résultats de ces examens n'avaient toutefois pas permis de mettre en évidence une claire structure psychotique bien que certains éléments en soient évocateurs. Pour autant, jusqu'au jour de l'accident survenu en décembre 2017 voire jusqu'au séjour à la Clinique T. _____ au printemps 2018, le trouble de la personnalité paranoïaque ne s'était pas manifesté de manière à éveiller l'attention du corps médical ou de tiers, alors même qu'il est censé affecter de larges sphères de la vie, qu'elle soit personnelle, familiale, amicale voire professionnelle.

cc) En tout état de cause, tel que posé par la Dre O. _____, le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque (F 60.0) n'est guère étayé par les éléments de fait recueillis en l'état du dossier, quand bien même le juge ne saurait substituer sa propre appréciation à celle de l'experte. La pertinence du diagnostic n'est cependant pas déterminante en l'occurrence.

En effet, dans le rapport d'expertise du 17 décembre 2020, la Dre O. _____ expose que « du point de vue psychiatrique, la personne assurée présente un discours confus, dans lequel les angoisses de

persécution sont profuses et les fantasmes sexuels sont envahissants. » Elle ajoute que les soins dont l'intéressé a été l'objet après son accident de 2017 paraissent avoir été à l'origine d'une excitation importante qui font qu'à l'heure actuelle, son discours et son fonctionnement mental « dérapent » en présence de ses interlocuteurs médicaux, surtout masculins, vers une désorganisation psychotique de type paranoïaque manifeste alors même que le rapport de la Clinique T._____ du 15 mai 2018 ne décrivait aucune psychopathologie. Toutefois, l'experte estime qu'en dehors d'un contexte médical, l'assuré est en mesure de se contenir en dépit de la décompensation du trouble diagnostiqué. Or il n'apparaît pas que des vérifications aient été entreprises aux fins de déterminer l'incidence de la pathologie psychiatrique du recourant sur sa capacité de travail. Force est ainsi de constater qu'une telle déduction repose davantage sur une affirmation plutôt que sur une démarche fondée sur des données objectives en tant que l'on ignore si et, le cas échéant, dans quelle mesure, le trouble en question affecterait l'assuré dans d'autres domaines de son existence. Au surplus, l'experte elle-même s'exprime de façon très circonspecte sur le caractère éventuellement incapacitant du trouble psychique du recourant, quel qu'il soit, ce dont témoignage l'usage répété du verbe « sembler » en p. 5 du rapport précité ainsi qu'en p. 2 du rapport complémentaire du 5 février 2021. Le bien-fondé de son appréciation s'en trouve dès lors singulièrement affaibli.

dd) Cela étant, divers éléments ressortant de l'examen clinique effectué par la Dre O._____ évoquent l'existence d'un trouble psychique.

aaa) Si l'experte ne signale aucun problème linguistique de la part du recourant, elle souligne cependant la confusion de son discours allant même jusqu'à écrire qu'il est à la limite du compréhensible. A cet égard, elle relève la difficulté de l'intéressé à fournir des explications, ce qu'elle attribue au manque de distance avec un discours envahissant. De plus, il peine à concevoir que son interlocuteur ignore encore ce qu'il souhaite lui communiquer. L'experte indique que l'assuré s'accroche aux détails aux dépens de l'ensemble, s'attachant à expliquer que tel

événement serait survenu un samedi ou qu'il a dû recommencer une procédure une douzaine de fois, comme s'il cherchait des repères dans le temps et l'espace. Même s'il existe un réel problème de structuration du discours, divers symptômes psychotiques sont présents : le thème de la persécution et du complot constitue un fil rouge tout au long de l'entretien ; la personne assurée surveille les faits et gestes de l'experte (les notes qu'elle prend par exemple) ; la revendication est permanente mais le fil du discours, qui cherche à prendre un tour procédurier, échoue et se défait dès lors que la confusion envahit le propos ; le fil du discours paraît ainsi perturbé.

bbb) On ne saurait non plus d'emblée exclure des limitations fonctionnelles sur la base de l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés effectuées sur la base de la mini-CIF-APP (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2020, pp. 40-41). S'exprimant à propos de l'adaptation aux règles et routines, la Dre O. _____ relève qu'en raison de sa surinterprétativité, la personne assurée peine à s'adapter au cadre dans lequel elle doit évoluer (difficultés avec les services d'immigration par exemple), ce qui constitue un problème moyen. Il en va de même de la flexibilité et de la capacité d'adaptation. A cet égard, l'experte relève que l'assuré est peu flexible du fait de son trouble de la personnalité actuellement décompensé mais qu'il le devient davantage lorsque des réalités éloignées de l'univers médical sont évoquées. Constitue également un problème moyen la capacité de jugement et de prise de décision en ce sens qu'au jour de l'expertise, l'assuré n'est plus en contact avec de nombreux éléments de la réalité et que seuls les aspects les plus concrets de sa vie demeurent cohérents. D'après l'experte, l'aptitude à s'affirmer et celle à établir des relations avec autrui correspondent également à des problématiques de gravité moyenne. Elle explique que l'affirmation de l'intéressé est une pseudo-affirmation portée par un discours revendicateur, à la fois inadéquat et agressif lorsqu'il est en contact avec des personnes incarnant une position d'autorité. C'est avec elles - et spécialement lorsqu'elles sont de sexe masculin - que l'assuré éprouve des difficultés à établir des relations. Seules la planification et la structuration des tâches se caractérisent par la sévérité des difficultés

rencontrées par le recourant, dans la mesure où il se montre très désorganisé dans sa pensée et dans son discours, en particulier lorsqu'il est confronté à du personnel soignant. En résumé, la Dre O._____ estime que, globalement, les problèmes touchant la sphère relationnelle sont moyens surtout si ces relations impliquent des hommes et des figures porteuses d'autorité. De l'avis de l'experte, ces troubles ne semblent toutefois apparaître que dans le contexte d'une consultation médicale alors même que la personne assurée paraît faire preuve d'adaptation dans sa vie quotidienne, raison pour laquelle elle exclut toute limitation fonctionnelle sur le plan professionnel.

d) A la lumière de ce qui précède, il apparaît que l'évaluation de la Dre O._____ n'est pas suffisamment probante pour nier l'existence d'une incapacité de travail. Sur le plan formel on rappellera la prudence employée par l'experte dans plusieurs des formulations utilisées dans son analyse. Sur le fond, il convient de relever que, selon la CIM-10, les perturbations découlant d'un trouble de la personnalité concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement personnel et social considérable et apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent durant tout l'âge adulte. Or il ressort de l'évaluation de l'experte (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2020, p. 34) que jusqu'à son accident de 2017 et malgré ses démêlés avec les autorités d'immigration, l'assuré s'est montré raisonnablement adapté. Ainsi, en dépit des aspects particuliers de sa personnalité, il a été en mesure de travailler « normalement » dans des secteurs essentiellement composés de main-d'œuvre masculine tels que l'agriculture et le bâtiment. A cela s'ajoute que l'experte ne fait pas état d'éléments concrets illustrant le fait que l'intéressé aurait mené une vie relativement ordinaire dans tous les domaines de sa vie jusqu'au jour de l'accident. Les médecins de la Clinique T._____ n'ont détecté aucune psychopathologie, nonobstant un séjour de trois semaines, soit d'une durée d'observation permettant en principe de mettre en évidence les symptômes d'un trouble psychique, en particulier s'il a pour caractéristique de se manifester dans la relation avec le corps médical. Depuis l'accident de décembre 2017,

l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2020, p. 38). Par ailleurs, les limitations fonctionnelles décrites par l'experte suggèrent de réelles difficultés dans la sphère relationnelle. On s'étonne dans ces conditions qu'elle ait pu retenir une capacité de travail entière alors que la symptomatologie analysée au jour de l'expertise est alarmante et sévère, n'existait apparemment pas encore à l'époque du séjour à la Clinique T._____ au printemps 2018 et est susceptible d'évoluer vers des troubles psychiques majeurs (cf. le rapport du Dr M._____ du 8 mai 2020 évoquant une possible structure de personnalité psychotique), ce d'autant que le recourant ne fait pas l'objet d'une prise en charge psychiatrique régulière. Il ne peut être soutenu que le trouble se manifeste uniquement dans un contexte médical et en présence d'un interlocuteur de sexe masculin pour en déduire qu'il n'aura aucun impact dans un autre contexte, notamment professionnel, sans investiguer davantage, ce qui s'avère ne pas avoir été le cas. On relèvera en effet que le dossier constitué ne contient aucun renseignement sur le mode de fonctionnement du recourant depuis son accident, en dehors d'un contexte médical ; cette lacune dans l'anamnèse ne permet pas d'appréhender la personnalité du recourant dans toute sa complexité, y compris dans sa capacité à nouer et entretenir des relations comme à réintégrer une activité professionnelle.

e) L'instruction diligentée par l'office AI s'avère dès lors insuffisante en ce qui concerne les répercussions de l'état de santé psychique du recourant sur sa capacité de travail.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies

par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1 et la référence).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé psychique du recourant, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, en vue de déterminer la capacité de travail du recourant au regard des affections psychiques qu'il présente puis, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain. Cela fait, une nouvelle décision sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité sera rendue. Dans le cadre de l'expertise psychiatrique à intervenir, il incombera à l'office AI de veiller à ce que l'expert recueille les renseignements les plus exhaustifs possible auprès de tiers, notamment de l'Etablissement C.C. _____ aux fins de déterminer le comportement du recourant au sein de cette institution ainsi qu'auprès de son médecin psychiatre traitant.

8. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. La décision litigieuse du 2 juillet 2021 est par conséquent annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 2 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :