

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Férolles et Gabellon, assesseures
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et sans formation certifiée, travaillait auprès de J._____ SA. Il a été victime d'un accident de chantier le 12 novembre 2014 lors duquel il a été enseveli jusqu'au bassin pendant 1 h 30. A l'Hôpital de [...], on a procédé à des sutures de plaies superficielles multiples. Ces coupures ont été mises en relation avec les bris du pare-brise du trax. L'assuré est rentré le jour même et une pleine reprise du travail était envisagée le 25 novembre 2014, un peu moins de 15 jours après l'accident. Le suivi s'est fait auprès du médecin traitant.

Dans un rapport d'échographie du creux poplité du 22 décembre 2014, la Dre C._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une collection liquidienne sous-cutanée profonde compressible évoquant en premier lieu un décollement de Morel-Lavallée (sérome au sein d'une fracture graisseuse), et en second lieu un hématome aigu (sans caillot).

Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche du 17 septembre 2015, le Dr H._____, spécialiste en radiologie, a constaté une légère infiltration œdémateuse des tissus mous prérotuliens et l'absence de lésion méniscale et de déchirure ligamentaire.

Aux termes d'un rapport du 28 avril 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de contusions multiples du membre inférieur gauche, des deux genoux et des deux mains, de plaies superficielles du genou gauche et des faces dorsales des deux mains, et d'état de stress post traumatique, ajoutant que les suites du traitement des affections résultant de l'accident du 12 novembre 2014 avaient été massives.

B. Par demande du 18 mai 2016, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'un accident survenu durant son travail de machiniste et indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 14 octobre 2015.

Dans un rapport du 4 juin 2016, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de status post contusion du membre inférieur gauche avec plaies multiples sur accident de chantier avec ensevelissement survenu le 12 novembre 2014, de stress post traumatique le 12 novembre 2014, d'état dépressif réactionnel probablement modéré et de lombalgies basses sur troubles dégénératifs. Selon ce médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible et l'exercice d'une activité adaptée à définir était exigible à 50 % dans un premier temps.

Dans un questionnaire pour employeur produit le 17 juin 2016, J.____ SA a notamment précisé les exigences physiques du poste de l'assuré : des charges moyennes (5-25 kg) sont très souvent demandées, des charges lourdes (25-45 kg) parfois et très lourdes (supérieures à 45 kg) rarement. Il y a des managements d'objets nécessitant la motricité fine mais également des objets lourds à très lourds. Un travail en position haute et basse nécessaire, quasiment toujours debout. L'usage des deux mains, et le travail en équilibre son également requis.

Par rapport du 6 septembre 2016, la Dre X._____ et le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics d'état dépressif avec symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique, status après accident de travail du 12 novembre 2014. Ils ont expliqué que l'assuré semblait éveillé et orienté. Sa concentration et son attention étaient considérablement réduites. Sa pensée était tournée vers les causes de l'accident. Il présentait des flashbacks et souvenirs de l'événement, une méfiance à l'égard de son chef et de ses collègues de travail et des pensées qui tournaient en rond.

Il avait un sentiment que l'on parlait de lui et une peur de la mort. Il était très tendu, agité et irritable. Il manquait de dynamisme et avait perdu sa joie de vivre. Il s'était renfermé et ne pouvait plus dormir. En raison de la problématique psychique, l'intéressé n'était pas capable de reprendre le travail.

Dans un rapport d'appréciation médicale du 10 novembre 2016, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a relevé que l'assuré avait été suivi par le Prof. P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef du Service de rhumatologie du Centre T._____, (ci-après : T._____), avait constaté lors de l'examen clinique des signes majeurs de déconditionnement et d'inorganicité.

Aux termes d'un rapport du 16 janvier 2017, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de gonalgie gauche sur méniscopathie interne gauche, chondropathie fémoro-tibiale gauche et tendinopathie du tendon rotulien gauche, et de lombosciatalgie non déficitaire.

Le 22 février 2017, les Drs X._____ et Z._____ ont confirmé leurs diagnostics, en exposant notamment que l'assuré souffrait de terribles cauchemars, d'anxiété, de perte de joie de vivre, d'isolement social, de déconditionnement physique et de souhaits passifs de mort.

Par rapport du 26 juin 2017, la Dre S._____, médecin au Département de psychiatrie du T._____, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec des symptômes psychotiques, et d'état de stress post-traumatique. Il a considéré la situation de l'assuré comme suit :

« [...] »

4. Anamnèse (évolution chronologique, évolution à ce jour)

[...] Il nous a été adressé par sa psychiatre traitante, la Dre X._____, pour un traitement à l'hôpital de jour de notre Unité

de réhabilitation, dans le cadre du Service de psychiatrie communautaire du T._____, vu une péjoration de son état de santé, avec isolement social important, retrait à domicile, apathie, aboulie, humeur labile avec irritabilité importante, idéation noire, ruminations massives, qui engendrait des troubles du sommeil, avec difficultés à l'endormissement et des cauchemars, flash-back et pensées obsessionnelles autour de son accident de travail. L'objectif du traitement en hôpital de jour était de sortir M. W._____ de l'isolement en favorisant l'environnement thérapeutique à la place de son lieu de vie et l'accompagner dans son quotidien afin de préserver, améliorer et renforcer ses capacités saines, consolidant ainsi son état psychique et diminuant les risques d'une décompensation plus importante.

[...] Nous avons observé depuis décembre 2016 une légère amélioration au niveau thymique, mais notons la persistance d'idéation noire voire suicidaire présente de manière fluctuante, d'un vécu persécutoire qui peut être exacerbé par moments et d'une tension interne fluctuante, Monsieur W._____ étant très sensible aux éléments relationnels.

[...]

7. Questions sur l'activité exercée à ce jour.

[...]

Selon ce que nous avons pu observer lors de sa présence à l'hôpital de jour, nous pouvons évoquer des difficultés à rester debout/assis de manière prolongée, cela amenant à une exacerbation de ses douleurs, des difficultés au niveau des déplacements vu une mobilité réduite en lien avec ses douleurs, une diminution considérable au niveau de l'attention et de la concentration vu son humeur dépressive, une irritabilité avec une faible tolérance à la frustration, une difficulté importante à faire confiance et verbaliser ses soucis et ses besoins, Monsieur W._____ présentant par moments une interprétativité amenant à des vécus persécutoires. Notons en plus une difficulté à savoir comment orienter ses demandes d'aide (ou/quant/et à qui s'adresser de manière adéquate) cela pouvant engendrer un décalage important, le patient ne recevant pas l'aide qu'il souhaiterait, ce qui renforce son incompréhension de la situation et sa colère vis-à-vis de la manière dont il est traité. Monsieur W._____ apparaît comme un patient démuné, avec une faible capacité de représentation de symbolisation et très peu d'insight.

Nous estimons qu'en effet la capacité de travail est actuellement réduite, l'activité qu'il a exercée auparavant en tant que chauffeur-grutier ne nous semble plus adaptée à son état de santé actuelle et à ses besoins. Néanmoins, nous vous laissons le soin de prendre des informations plus précises auprès de sa psychiatre traitante.

[...] »

Dans un rapport du 13 juillet 2017, les Drs X._____ et Z._____ ont précisé notamment que la pensée formelle de l'assuré était ralentie et qu'il était limité par des expériences de rêves. Ces médecins suspectaient en outre l'existence de symptômes psychotiques. L'intéressé

présentait un délire, celui-ci étant convaincu que son accident avait été planifié par son employeur. Il était obnubilé par le fait qu'il y avait eu un complot. Il était suspicieux, désespéré, très passif, tendu et avait une peur de l'avenir et une idéation suicidaire passive.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, orthopédie, neurologie et psychiatrie. Par rapport d'expertise pluridisciplinaire du 3 juillet 2018, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale, K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, M._____, spécialiste en neurologie, et N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous médecins au Centre R._____, ont apprécié la situation de l'assuré notamment de la manière suivante :

« [...]

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE DU 24.04.2018

[...]

6. DIAGNOSTICS

6.1 Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :

Aucun.

6.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail :

Episode dépressif léger (CIM 10 F.32.0).

7. ÉVALUATION MÉDICALE ET MÉDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

L'assuré a vécu un accident de travail le 12/11/2014, alors qu'il utilisait une machine sur un chantier, un glissement de terrain l'a en partie enseveli.

Cette expérience ne représente pas, lors de notre évaluation, un caractère traumatogène, pouvant expliquer un éventuel état de stress post-traumatique, diagnostic que nous ne retenons pas aujourd'hui.

L'assuré a pu reprendre le travail jusqu'à 100 % pendant plusieurs mois après la première incapacité de travail qui a suivi l'accident de travail. Par la suite, un nouvel arrêt de travail a été émis par ses médecins traitants pour des raisons psychiatriques.

L'assuré présente des activités domestiques, s'occupe de ses enfants, est proche de sa femme et de sa famille. Il sort de chez lui presque tous les jours. Il présente un petit réseau social tout en sachant que la barrière de la langue, langue qu'il ne maîtrise pas après toutes ces années en Suisse, le limite également très probablement dans ses contacts.

Nous n'avons aucun argument pour des éléments de type psychotique, les hallucinations décrites reprennent exactement la narration de ses cauchemars.

Nous n'avons pas d'argument pour des phobies spécifiques. Plusieurs réponses sont suscitées et l'assuré peut être dirigé dans un sens ou dans l'autre avec parfois certaines contradictions.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Les mesures thérapeutiques en cours semblent être favorables et le traitement dispensé dans sa langue maternelle semble être la meilleure proposition.

Le traitement actuel pourrait être théoriquement efficace, mais les dosages plasmatiques montrent un niveau quasiment nul. La compliance n'est donc pas bonne. Dans ce contexte-là, face aux capacités résiduelles de pouvoir s'occuper de ses enfants, de leurs devoirs, en partie de l'organisation domestique et de pouvoir sortir de chez lui, l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail.

Les mesures thérapeutiques sur le plan des médicaments ne peuvent donc pas être commentées ici en raison de la faible compliance. En revanche, il existe de ce fait un risque d'aggravation de la dépression à moyen terme.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il y a augmentation des symptômes. Il y a aussi un manque d'effort concernant les réponses pendant l'entretien d'expertise.

Il y a une incohérence entre ses activités et ses arguments liés à ses incapacités psychiques, mais surtout physiques. L'assuré continue à conduire un peu sur conseils de son médecin, mais ce dernier lui demande de ne pas prendre certains traitements, l'assuré ne précise pas quand il conduit.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'assuré est donc capable de bouger, de sortir régulièrement, de s'occuper en partie du ménage, les capacités résiduelles sont présentes.

Facteurs aggravants : pas de formation, non connaissance de la langue française, déconditionnement.

[...]

EXPERTISE ORTHOPÉDIQUE DU 17.04.2018

[...]

3. Entretien

[...]

3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants

[...]

3.2.4 Formation scolaire et parcours professionnel et poste de travail :

Monsieur W. _____ aurait suivi des études jusqu'à l'âge de 18 ans au [...] avec obtention d'un diplôme de fin d'études équivalent à une maturité. Il n'a pas de formation professionnelle et est arrivé en Suisse à l'âge de 21 ans. Il a été embauché dans l'entreprise J. _____, dans laquelle il fait toute sa carrière en grimpant les échelons du poste de travail le moins qualifié à celui de responsable de production de tuiles. En raison d'une restructuration de l'entreprise, on a proposé à Monsieur W. _____ un changement de poste pour exercer la fonction de chauffeur poids lourds et machiniste sur pelleteuse, activité qu'il exerçait le jour de l'accident. A la reprise de son activité dans l'entreprise, Monsieur W. _____ n'a exercé que l'activité de chauffeur.

A son poste de travail en qualité d'ouvrier manutentionnaire, Monsieur W. _____ était principalement debout, devait se déplacer sur de courtes distances d'une cinquantaine de mètres sur terrain plat, portait très souvent des charges allant de 5-25kg rarement au-delà avec des mouvements répétitifs de rotation ou debout penché en avant.

Dans sa dernière activité de chauffeur, Monsieur W. _____ était principalement assis, devant régulièrement monter et descendre du camion, marcher sur des terrains parfois irréguliers et se retrouvait souvent seul pour charger son camion poids lourds.

[...]

6. Diagnostics

6.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

Aucun

6.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

1. Discopathie L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radulaire.
2. Spondylarthrose L3-L4 et L4-L5
3. Chondropathie fémorale postéro-interne au genou gauche.
4. Obésité BMI 38.9

7. Évaluation médicale et médico-assurantielle

[...]

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Sur le plan orthopédique, Monsieur W. _____ a les capacités et ressources physiques pour améliorer sa situation. En réduisant son poids de manière significative et en entreprenant une prise en charge globale de renforcement musculaire et de reconditionnement à l'effort, je pense qu'il pourra améliorer sa condition physique.

Toutefois, en raison des troubles dégénératifs lombaires et débutants au genou gauche, des limitations fonctionnelles doivent être retenues, afin notamment de **prévenir** l'aggravation de ces atteintes et de préserver le rendement au travail de l'assuré.

Monsieur W. _____ ne devrait pas :

- Faire d'efforts répétitifs pour soulever des charges surtout en position de porte à faux et/ou torsion du dos
- Faire de travaux à genoux ou accroupi
- Monter et descendre des escaliers de plus de 15 marches ou échelle de manière répétitive
- Marche sur de longues distances surtout sur terrain irrégulier
- Porter des charges de plus de 15 kg de manière répétitive

8. Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Dans une activité uniquement de chauffeur (dernière activité exercée), les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus sont respectées. Par conséquent, d'un point de vue orthopédique, je pense que Monsieur W. _____ a une capacité de travail complète avec un rendement complet dans sa dernière activité de chauffeur poids lourds. Ce taux d'exigibilité peut être retenu dès le 5.5.2015, date de sa reprise d'activité à 100%.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Dans toute autre activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus, je pense que la capacité de travail de Monsieur W. _____ est complète, à 100%, avec un rendement complet dès le 5.5.2015.

Une activité principalement assise et/ou en alternant des positions debout/assise, avec port de charge limité à 15 kg occasionnellement, sans station debout prolongée ni long déplacement surtout en terrain irrégulier, sans monter ni descendre de manière répétitive des escaliers et/ou une échelle et, enfin, sans s'agenouiller ni s'accroupir, serait adapté.

[...]

APPRECIATION GENERALE INTERDISCIPLINAIRE

[...]

4. Evaluation consensuelle

4.1. Evaluation médicale interdisciplinaire

Le 12/11/2014, l'assuré a été victime d'un accident de chantier avec comme conséquences un hématome massif de la cuisse gauche, une collection liquidienne sous-cutanée profonde compressible et des plaies multiples des membres inférieurs et supérieurs.

L'évolution des lésions a été favorable mais l'assuré a gardé des douleurs résiduelles du genou et de la cuisse, gauches. Il se plaignait également de lombalgies. Ces symptômes ne se sont pas améliorés par la physiothérapie. Il se plaignait aussi d'une anxiété exacerbée avec récurrence des images de l'accident et de troubles du sommeil.

Les différentes investigations ont exclu une lésion post-traumatique de la cuisse et du genou gauches, de même qu'une hernie discale, un conflit radiculaire ou un canal lombaire étroit, et retenu des troubles dégénératifs du rachis lombaire et du genou gauche.

Actuellement, l'assuré se plaint de :

- Douleurs du bas du dos, irradiant dans le membre inférieur gauche (la face postérieure de la cuisse puis la jambe pour se terminer au niveau du gros orteil). Elles sont à type de décharges électriques, presque permanentes, plus importantes la nuit.
- Une baisse de l'humeur, une mauvaise qualité du sommeil et une fatigue.

Sur le plan de la médecine interne générale, l'examen trouve une obésité grade II (BMI à 38,9 Kg/m²), de type androïde, une valeur de tension artérielle modérément élevée (160/125 mmHg) chez un patient traité par une bithérapie pour une hypertension artérielle. La marche est stable avec une discrète boiterie probablement antalgique. Le reste de l'examen et les examens de laboratoire sont sans particularité.

Sur le plan psychiatrique, l'examen trouve un assuré calme avec une humeur légèrement dépressive. Sa gestuelle est peu fluide et même un peu rigide. Il y a présence d'une légère inhibition. L'assuré décrit des hallucinations qui reprennent exactement la narration de ses cauchemars. Il n'y a donc pas d'argument pour des éléments de type psychotique. Il n'y a pas d'argument pour des phobies spécifiques. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique est également écarté.

Sur le plan neurologique, l'examen trouve de discrets troubles sensitifs au membre inférieur gauche dont le territoire pourrait évoquer le territoire radiculaire S1.

La description des douleurs lombaires et du membre inférieur gauche, associées à ces troubles sensitifs pourraient évoquer des lombo-sciatalgies S1 gauches.

Toutefois, la manœuvre de Lasègue négative parle contre l'irritation d'une racine.

Les 3 IRM lombaires (13.1.2016, 2.9.2016, 28.6.2017) qui ne montrent pas de conflit avec la racine S1 gauche permettent d'exclure formellement ce diagnostic.

Sur le plan orthopédique, l'examen trouve un syndrome lombaire modéré, compatible avec les lésions de discopathie lombaire retrouvées sur les IRM de 2015 et 2017 et expliquant les lombalgies rapportées par l'assuré.

Au niveau du genou gauche, l'examen montre une bonne fonction avec des douleurs palpatoires au niveau des interlignes articulaires, sans signe de lésion méniscale ni laxité ligamentaire. Ces éléments, corrélés aux conclusions de l'IRM du genou de 2015 permettent de retenir un processus dégénératif débutant sans signe d'arthrose avérée.

4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

4.2.1 Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

Aucun

4.2.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

1. Troubles dégénératifs du rachis et du genou gauche avec :
 - Discopathie L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radriculaire.
 - Spondylarthrose L3-L4 et L4-L5.
 - Chondropathie fémorale postéro-interne au genou gauche.
2. Possible atteinte du nerf sciatique poplité externe gauche (G573)
3. Obésité grade II (sévère) avec un BMI à 38.9 kg/m², de type androïde.
4. Hypertension artérielle (sous traitement médical).
5. Episode dépressif léger (CIM 10 F32.0).

4.3. Constations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Nous ne retenons pas chez l'assuré de diagnostic ayant un retentissement sur sa capacité de travail.

Toutefois, en raison des troubles dégénératifs lombaires et débutants au genou gauche, des limitations fonctionnelles doivent être retenues afin notamment de prévenir l'aggravation de ces atteintes et de préserver son rendement au travail.

Monsieur W. _____ ne devrait pas :

- Faire d'efforts répétitifs pour soulever des charges surtout en position de porte à faux et/ou torsion du dos
- Faire de travaux à genoux ou accroupi
- Monter et descendre des escaliers de plus de 15 marches ou échelle de manière répétitive
- Marcher sur de longues distances surtout sur terrain irrégulier
- Porter des charges de plus de 15 kg de manière répétitive

4.4. Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Cf. paragraphe 4.5

4.5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'assuré dispose de bonnes ressources résiduelles. Il est capable de se mobiliser normalement, de sortir régulièrement, de participer aux activités ménagères avec son épouse et de conduire sa voiture. Il est proche de son entourage familial constitué par son épouse, ses deux enfants et ses frères et sœurs.

En revanche, l'âge de l'assuré (51 ans), sa maîtrise très moyenne de la langue française, l'absence de formation professionnelle et le déconditionnement physique constituent des facteurs limitant le retour à une activité professionnelle.

4.6. Contrôle de cohérence

L'expert interniste retient une exagération au niveau de l'anamnèse (notamment pour présenter l'accident comme plus grave que la description qui en est faite dans plusieurs rapports du dossier de l'assuré) et relève des différences entre les informations recueillies à l'anamnèse et celles dont on dispose dans le dossier (concernant notamment les circonstances et les taux de reprise du travail après l'accident).

L'expert psychiatre retient une augmentation des symptômes ainsi qu'un manque d'effort concernant les réponses pendant l'entretien d'expertise.

Cette impression est partagée par l'expert neurologue qui retient aussi des signes de majoration et constate que la marche sur demande est très ralentie, alors que lorsque l'expertisé se déplace depuis la salle d'attente et après l'entretien, la marche est normale.

L'expert orthopédiste trouve que les douleurs des membres inférieures ne sont concordantes ni avec l'examen clinique, ni avec les examens radiologiques.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Les atteintes psychiatriques, neurologiques et orthopédiques susmentionnées n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Celle-ci est donc totale (100%) dans toute activité professionnelle, y compris l'activité exercée jusqu'ici, à savoir conducteur d'engins de chantier.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Les atteintes psychiatriques, neurologiques et orthopédiques susmentionnées n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Celle-ci est donc totale (100%) dans toute activité professionnelle. Toutefois, en raison des troubles dégénératifs lombaires et débutants au genou gauche, des limitations fonctionnelles doivent être retenues afin notamment de prévenir l'aggravation de ces atteintes et de préserver son rendement au travail. Ces limitations sont : une activité principalement assise et/ou alternant des positions debout/assise, avec port de charge limité à 15 kg occasionnellement, sans station debout prolongée ni long déplacement surtout en terrain irrégulier, sans monter si descendre

de manière répétitive des escaliers et/ou une échelle et, enfin, sans s'agenouiller et sans s'accroupir.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Rétrospectivement, l'assuré a été en incapacité de travail totale à partir du 12/11/2014, date de l'accident. Il a ensuite repris son activité habituelle à 80% en février 2015 et à 100% le 03/05/2015. Le 13/10/2015, un nouvel arrêt de travail à 100% a été attesté par le docteur Z._____, psychiatre en raison d'un stress post-traumatique et d'un épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques.

Les investigations n'ont pas montré de lésions traumatiques secondaires à l'accident. Le patient ayant pu reprendre une activité professionnelle à 100%, une péjoration ultérieure de sa capacité de travail ne peut donc pas être mise sur le compte de l'accident.

Par ailleurs, l'expertise psychiatrique retient le diagnostic de trouble dépressif léger, sans retentissement sur la capacité de travail. Elle ne retient par ailleurs pas d'éléments en faveur du diagnostic de stress post-traumatique.

A la lumière de ces éléments, nous retenons :

- Une capacité de travail de 0% dans toute activité du 12/11/2014 à février 2015.
- Une capacité de travail de 80% dans toute activité de février 2015 au 02/05/2015.
- Une capacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 03/05/2015.

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

L'assuré ne présente pas de diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail qui reste totale.

Nous ne retenons de ce fait pas de mesures thérapeutiques exigibles.

Nous recommandons toutefois, une réduction du poids chez cet assuré présentant une obésité sévère et l'initiation d'une prise en charge globale de renforcement musculaire et de reconditionnement à l'effort, qui permettront d'améliorer sa condition physique.

Nous recommandons par ailleurs une meilleure observance du traitement antidépresseur actuel par Duloxetine, sous peine de voir s'aggraver les symptômes de la dépression légère.

5. Informations sur l'obtention du consensus et signatures

Les conclusions de cette expertise sont le résultat d'une discussion consensuelle entre tous les médecins impliqués. »

Aux termes d'un avis du 26 septembre 2018, la Dre F._____, spécialiste en pédiatrie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'expertise pluridisciplinaire était fondée sur une documentation complète, une anamnèse détaillée prenant en compte les plaintes de l'assuré, les diagnostics précis selon la CIM-10 et reposait sur des examens cliniques complets intégrant les résultats des examens complémentaires et compte-rendu de consultations spécialisées au dossier. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de l'appréciation des experts.

Par projet de décision du 2 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il ressortait de son dossier que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

Le 16 octobre 2018, l'assuré, représenté par la société Swiss Claims Network SA, a contesté à ce projet de décision.

Dans un rapport du 16 novembre 2018, la Dre X._____ et le Dr François V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont confirmé la teneur des rapports précédents des Drs X._____ et Z._____, précisant que l'assuré était convaincu que l'accident avait été délibérément causé par les autres employés (utilisation d'explosifs). Ils ont ajouté que l'intéressé présentait actuellement une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et de 30 % dans un cadre protégé et respectant ses limitations, soit l'absence de mise sous pression et de grosse charge de travail et la possibilité de prendre plusieurs pauses, d'avoir des instructions claires, ainsi que d'avoir une équipe et une communication agréables.

Le 26 novembre 2018, l'assuré s'est référé au rapport susmentionné, estimant souffrir d'importantes séquelles psychiques ensuite de son accident de travail.

Dans un avis du 19 février 2019, la Dre F._____ a conclu que le rapport des Drs X._____ et V._____ n'amenait aucun élément nouveau n'ayant fait l'objet de l'expertise pluridisciplinaire, étant relevé que la suspicion de symptômes psychotiques figurait déjà dans le rapport du 13 juillet 2017.

Par décision du 6 mars 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. Par acte du 11 avril 2019, W._____, par l'intermédiaire de Swiss Claims Network SA, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit allouée. Il a fait valoir que sa capacité de travail était nulle du point de vue psychiatrique et que l'expertise psychiatrique était incomplète. Il a indiqué que faute d'avis circonstancié, il y avait lieu de soumettre le cas à une nouvelle exploration psychiatrique. Il a en outre produit notamment un rapport du 5 avril 2019, par lequel les Drs X._____ et V._____ ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de réaction mixte, anxieuse et dépressive. Ils ont confirmé la teneur de leurs précédents rapports, la situation psychique de l'intéressé ne s'améliorant pas et celui-ci se trouvant en traitement psychiatrique dans une clinique de jour afin de le stabiliser et de réhabiliter son état dans la vie de tous les jours. Le recourant a encore produit un rapport du 1^{er} novembre 2018, par lequel le Dr G._____ a posé les diagnostics suivants :

« [...] »

- Etat dépressif sévère
- Lombo-sciatalgies D [droites] dans un contexte de protrusion discale L4-L5, postéro-latérale droite descendante avec conflit sur l'émergence de la racine L5 droite. En L5-S1, protrusion discale postéro-médiane sans conflit radiculaire visible. Légère discopathie associée en L4-L5 et L5-S1
- Status post contusion membre inférieur gauche avec plaies multiples sur accident de chantier avec ensevelissement survenu le 12.11.2014
- Etat de stress post traumatique le 12.11.2014
- Gonalgie G [gauche] sur méniscopepathie interne G
- Chondropathie fémoro-tibiale G
- Tendinopathie du TR G

- Surdité neurosensorielle sévère à profonde du côté droit (probable étiologie dégénérative idiopathique)
- Ob sitt  avec BMI à 35,6 kg/m²
- Syndrome d'apnées du sommeil de degré léger avec un index d'apn eghypoapn es   6  v nements obstructifs par heure
 - Ronchopathie légère

[...] ».

Le 11 juin 2019, l'intimé a répondu et conclu au rejet du recours, en se référant à un avis du 5 juin 2019 par lequel la Dre F. _____ avait considéré ce qui suit (*sic*) :

« Suite à un accident de chantier le 12.11.14 (ensevelissement jusqu'au bassin pendant 1h30), l'assuré se plaint de douleurs de la face postérieure de la cuisse à la palpation sans lésions objectives (RM [rapport médical] du Dr G. _____ i du 1.11.18). Ces douleurs sont déjà relevées dans les RM du Dr G. _____ du 3.10.15, 22.11.15, 4.6.16). L'IRM du 28.6.17 a été examinée par le neurologue (P.40 de l'expertise) et par l'orthopédiste (p.51 de l'expertise), il n'y a pas d'anomalie qui pourrait être à l'origine d'un conflit avec la racine S1 (p.40 de l'expertise) et il n'y a pas de signe en faveur d'un canal lombaire étroit. Le rachis et les genoux ont fait l'objet d'un examen minutieux par l'orthopédiste (p.49 - 49). Les diagnostics avancés par le Dr G. _____ dans son RM du 1.11.18 ne sont pas nouveaux. De plus ce rapport ne comporte aucun examen clinique.

Du point de vue psychiatrique, le RM du Dr X. _____ du 5.4.19 est superposable à celui du 6.9.16, qui mentionne un séjour à l'hôpital de jour prévu et qui a débuté le 6.12.16, pour lequel un RM a été écrit le 26.6.17 à l'intention de la [...] par le Dr S. _____ (GED 31.7.17). Ces RM ont été examinés par l'expert psychiatre (p.21).

Concernant l'expertise psychiatrique elle-même : l'expert s'est penché sur la lign e dépressive et en particulier sur les idées suicidaires en p. 23, le sommeil, la lign e anxieuse et l'état de stress post-traumatique (p. 24-25) ainsi que sur la lign e psychotique. Ni le Dr X. _____ (RM des 22.2.17, 16.11.18 et 5.4.19) ni le Dr S. _____ (RM du 26.6.17) font état d'idée suicidaire ou ont analysé la lign e psychotique, le Dr X. _____ émettant la suspicion de symptôme psychotique selon son interprétation et non selon la CIM10.

Conclusion : Les RM soumis dans le cadre du recours n'apportent pas d'élément nouveau qui n'aurait pas été connu et fait l'objet d'une analyse dans l'expertise pluridisciplinaire du 3.7.18. »

Le 25 juin 2019, Swiss Claims Network SA a indiqué ne plus représenter désormais le recourant.

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail.

3. a/i) 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

ii) 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).

b/i) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281

consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

ii) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

iii) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. 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).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant du 18 mai 2016, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante qui justifierait une incapacité de travail de longue durée. Cette décision est fondée sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 3 juillet 2018 des Drs B._____, K._____, M._____ et N._____. L'intéressé a fait valoir que le volet psychiatrique de cette expertise n'avait aucune valeur probante.

a) En particulier, le recourant se plaint du fait que ses troubles n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'expert psychiatre, qui se serait contenté d'un examen sommaire sans qu'une discussion sur la problématique de l'état de stress post-traumatique et sur l'épisode dépressif moyen ne soit entreprise.

Cette position ne saurait être suivie. En effet, le volet psychiatrique du rapport d'expertise porte sur treize pages (pp 19 - 31) et ne peut être considéré comme résultant d'un examen sommaire. Il est constaté que l'expert psychiatre s'est penché précisément sur les symptômes notamment de la lignée dépressive et de l'état de stress post-traumatique. Il a en outre relevé n'avoir aucun argument pour des éléments de type psychotique, les hallucinations décrites reprenant exactement la narration de ses cauchemars. Il convient par ailleurs de relever que dans sa synthèse du dossier, le Dr K._____ a mentionné les

rapports des psychiatres du recourant, à savoir des Drs Z._____, X._____ et S._____. Il a évoqué et ainsi pris connaissance des diagnostics posés par ces médecins d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, ainsi que des éléments rapportés dans lesdits rapports, tels qu'« isolement social important, retrait à domicile, apathie, aboulie, humeur labile avec irritabilité importante, idéation noire, ruminations massives avec troubles du sommeil, flashback, pensées obsessionnelles autour de l'accident de travail » (cf. rapport d'expertise du 3 juillet 2018 p. 21). C'est dès lors en pleine connaissance du dossier que le Dr K._____ a apprécié la situation du recourant. Ce dernier a en outre évoqué durant l'entretien avec l'expert ses « idées noires », « pensées négatives », « rêves négatifs » et le fait que, selon lui, l'accident avait été prévu par son entourage professionnel (cf. rapport d'expertise p. 22). Le Dr K._____ s'est en particulier penché sur la question des idées suicidaires en p. 23 du rapport d'expertise. L'intéressé ne saurait ainsi être suivi lorsqu'il argue que les experts ne se seraient pas prononcés sur son risque suicidaire et son état de détresse. Partant, c'est sur la base du dossier et de ses constatations que l'expert psychiatre a posé uniquement le diagnostic d'épisode dépressif léger, sans incidence sur la capacité de travail de l'intéressé, étant relevé que, pour arriver à ce résultat, l'expert s'est notamment également fondé sur le cours d'une journée type du recourant (cf. rapport d'expertise pp 27 et 29-30) et a indiqué, à l'instar des autres experts, que celui-ci augmentait ses symptômes et manquait d'effort concernant les réponses durant l'entretien (cf. rapport d'expertise p. 30).

Compte tenu de ce qui précède et au vu de la teneur du rapport d'expertise psychiatrique du 3 juillet 2018, force est de constater que celui-ci a été établi selon le schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs introduits par le Tribunal fédéral (cf. consid. 3b *supra*). Le volet psychiatrique du rapport d'expertise ne prête dès lors pas le flanc à la critique, étant précisé que les rapports subséquents des 16 novembre 2018 et 5 avril 2019 des Drs X._____ et V._____ sont superposables aux rapports psychiatriques rendus précédemment, notamment par la

Dr X._____, et n'amènent ainsi pas d'éléments objectifs susceptibles de jeter le doute sur les conclusions du Dr X._____.

b) S'agissant des volets somatiques du rapport d'expertise du 3 juillet 2018, à savoir des expertises en médecine interne, neurologie et orthopédie, le recourant ne les remets pas, à juste titre, en question. Il évoque uniquement les diagnostics du 1^{er} novembre 2018 du Dr G._____, sans en tirer argument pour autant. A toutes fins utiles, il est constaté que les experts ont effectué un examen clinique minutieux de l'intéressé, que les diagnostics du Dr G._____ ne sont pas nouveaux et que celui-ci n'amènent au demeurant aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts.

c) Partant, il convient de se rallier aux conclusions des experts lorsqu'ils considèrent, dans leur appréciation générale interdisciplinaire, qu'en raison des troubles dégénératifs lombaires et débutants au genou gauche, des limitations fonctionnelles doivent être retenues afin notamment de prévenir l'aggravation des atteintes du recourant et de préserver son rendement au travail. Ainsi, l'intéressé ne devrait pas faire des efforts répétitifs pour soulever des charges surtout en position de porte à faux et/ou torsion du dos, faire des travaux à genoux ou accroupi, monter et descendre des escaliers de plus de 15 marches ou échelle de manière répétitive, marcher sur de longues distances surtout sur terrain irrégulier, porter des charges de plus de 15 kg de manière répétitive (cf. rapport d'expertise p. 59) ou maintenir une position debout prolongée (cf. rapport d'expertise p. 60).

Cela étant, les experts ont estimé que ces limitations fonctionnelles n'entraînaient pas d'incapacité de travail ou de baisse de rendement du recourant dans son activité habituelle. L'expert orthopédique a expliqué que le recourant avait occupé un poste de manutentionnaire, puis, ensuite d'une restructuration de l'entreprise, de chauffeur, lequel constituait sa dernière activité. Selon le Dr N._____, dans ce dernier emploi, l'intéressé était principalement assis, devant régulièrement monter et descendre du camion, marcher sur des terrains

parfois irréguliers et se retrouvait souvent seul pour charger son camion poids lourds (cf. rapport d'expertise p. 45). L'expert neurologue a, quant à lui, indiqué que dans sa dernière activité de chauffeur, le recourant avait précisé « qu'il était principalement assis, mais devait régulièrement monter et descendre du camion, porter des charges lourdes pour charger le camion » (cf. rapport d'expertise p. 36). A ce stade, il apparaît ainsi que l'intéressé portait des charges lourdes – soit potentiellement de plus de 15 kg –, ce qui serait contraire aux limitations fonctionnelles retenues. Au vu des éléments précités, il sied de constater qu'il manque dans le rapport d'expertise une discussion consensuelle sur les limitations fonctionnelles.

En outre, il est relevé que dans le questionnaire produit par l'employeur le 17 juin 2016, J._____ SA a évoqué une activité de manutentionnaire concernant le recourant. Or, à teneur de ce document, ce poste impliquait de soulever des charges lourdes de 25 à 45 kg, d'effectuer souvent des rotations, d'être souvent debout et penché et de maintenir très souvent la position de longue durée debout. Cette description correspond par ailleurs passablement à celle effectuée pour la même activité par l'expert orthopédique (cf. rapport d'expertise p. 45). Au vu de ce qui précède, les limitations fonctionnelles du recourant reconnues dans le rapport d'expertise empêcheraient l'intéressé d'occuper ce poste de manutentionnaire. Partant, la contradiction apparente entre la teneur du questionnaire de l'employeur et celle du rapport d'expertise s'agissant de la nature de la dernière activité de l'intéressé ne pouvait être passée sous silence.

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que les limitations fonctionnelles reconnues dans le rapport d'expertise pourraient empêcher le recourant d'exercer son activité habituelle, que ce soit en tant que manutentionnaire ou de chauffeur. Par conséquent, les experts ne sauraient en l'état du dossier être suivis lorsqu'ils retiennent que l'intéressé conserve une capacité de travail totale dans son activité habituelle. L'instruction menée par l'intimé est dès lors lacunaire sur ce point, ainsi que s'agissant de la nature du dernier poste occupé par le recourant.

d) Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Cet office devra déterminer précisément quel était le dernier métier du recourant auprès de J. _____ SA, ainsi que les exigences physiques que ce poste nécessitait. Une fois ces éléments obtenus, il s'agira de les soumettre cas échéant aux experts afin d'obtenir un complément d'expertise sur ce point, en les rendant attentifs à la contradiction qui ressort de leur rapport entre les limitations fonctionnelles retenues et l'exigence d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. En effet, l'expert neurologue a relevé que l'ancien poste de travail du recourant comportait des activités incompatibles avec les limitations émises par l'expert orthopédique. Sur la base des informations obtenues, l'intimé rendra une nouvelle décision, en déterminant le taux d'invalidité du recourant à l'aide de la méthode de la comparaison des revenus prévue à l'art. 16 LPGA cas échéant.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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 de l'intimé, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance - temporaire - d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11

TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 6 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- W._____,
- 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 :