

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Nabil Charaf, avocat à Montreux,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, de nationalité autrichienne et titulaire d'un permis B, a travaillé comme monteur en télécommunication pour le compte de la société Y. _____ SA (ci-après : l'employeur), du 3 octobre 2011 au 31 décembre 2013, pour un salaire annuel de 72'800 fr. (cf. rapport employeur du 12 juin 2014).

L'assuré a été victime d'un accident professionnel le 30 juillet 2012. Alors qu'il intervenait dans une excavation desservie par quelques marches, il a heurté le plafond en montant les marches et est tombé en arrière dans les escaliers, occasionnant une chute avec réception sur le dos et la tête. Il en a résulté une incapacité totale de travail jusqu'au 8 octobre 2012, puis à 50% jusqu'au 1^{er} février 2013, date à laquelle il a repris une activité à 100%. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

L'assuré a subi une nouvelle incapacité de travail dès le 18 juin 2013. Par courrier du 20 novembre 2013, la CNA a informé l'intéressé qu'elle n'intervenait pas pour cette potentielle rechute, faute de lien de causalité entre l'accident du 30 juillet 2012 et les nouveaux troubles annoncés.

b) Le 9 avril 2014, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), un formulaire de détection précoce, faisant état d'une incapacité de travail de 100% depuis le 17 juin 2013 en raison de problèmes dorsaux, de dépression et d'hallucination.

Le 2 juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI.

Le 12 juin 2014, E._____, assureur perte de gain de l'employeur, a produit son dossier sur demande de l'OAI. Y figuraient notamment :

- Un rapport d'expertise rhumatologique du 13 décembre 2013 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie auprès du Centre F._____, dont on extrait ce qui suit :

« *Situation actuelle et conclusions :*

U._____ se plaint toujours de sa lombalgie permanente qui garde un caractère mécanique et qui se présenterait comme une souffrance disco radiculaire. Cependant, l'expertise actuelle qui ne retrouve pas non plus de déficit neurologique significatif. La diminution globale des sensibilités sur la totalité du MIG [membre inférieur gauche] ne correspond à aucune compression nerveuse périphérique, qu'elle soit radiculaire ou tronculaire. Elle correspond d'avantage à un signe de non organicité, comme il en existe par ailleurs, d'autres (Waddell et Hoover). Qui plus est, l'examen clinique du rachis n'est pas fondamentalement perturbé et l'imagerie contrôlée à deux reprises ne révèle aucune lésion anatomique susceptible d'expliquer les plaintes aussi intenses de l'assuré. Il serait acculé à utiliser une canne anglaise en permanence, lors de l'examen clinique il a pu charger son MIG sans problème.

Ce dernier présente donc un syndrome douloureux chronique sans lésion objectivable qui ne peut justifier une incapacité de travail de longue durée. Au moment de l'expertise, on ne peut retenir d'invalidité sur un plan purement physique.

Deux situations, qu[i] n'ont pas d'implication dans la capacité de travail, méritent toutefois d'être analysées en vue d'un éventuel traitement ciblé :

- La musculature abdominale est nettement hypotone et les ischio-jambiers manifestement rétractés. Cette dysbalance musculaire mériterait d'être corrigée par une physiothérapie dirigée. Une prise en charge par l'unité du rachis du Centre hospitalier V._____ serait une bonne solution.
- Si l'infiltration péridurale n'a pas été un succès à long terme, elle a eu le mérite d'induire une indolence de 48 heures. Cela impliquerait qu'une épine irritative existerait à ce niveau L5-S1 et pourrait bénéficier d'un traitement spécifique. La proposition émise déjà par un intervenant, le Dr R._____, visant à adresser le patient à une consultation de la douleur est judicieuse.

Quoi qu'il en soit, une reprise de travail peut être envisagée immédiatement » ;

- L'indication selon laquelle E._____ a cessé de verser les prestations au 22 décembre 2013.

c) L'instruction médicale conduite par l'OAI a permis de mettre en évidence les éléments suivants.

Dans un rapport du 16 juin 2014, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de « contusion perpétuellement douloureuse nerf sciatique G » depuis 2012 et considéré qu'il n'existait pas de vraies restrictions à l'exercice de l'activité habituelle, exigible à 100% sans diminution de rendement.

Dans son rapport du 18 juin 2014, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de sciatalgies L5-S1 gauche et de névrome de Morton 3^e espace au pied gauche, ayant généré une incapacité totale de travail du 1^{er} mai au 14 juillet 2014 et précisant que la marche et la position assise étaient impossibles, rendant l'activité exercée inexigible. Selon le Dr W._____, les activités suivantes étaient à proscrire : activités uniquement en position assise ou debout, activités exercées principalement en marchant, se pencher, travailler accroupi, rotation, soulever/porter (5 kg), monter sur une échelle et les escaliers.

Dans un rapport du 25 juin 2014 à l'adresse de l'OAI, la Dresse O._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status post commotion cérébrale le 30 juillet 2012, de douleurs sacro-iliaques gauches depuis août 2012 et de dépression réactive depuis fin 2013, ainsi que le diagnostic non incapacitant d'hypertension artérielle depuis le printemps 2014. Elle a indiqué que l'incapacité de travail avait été totale du 30 juillet 2012 au 2 avril 2013, date de la reprise du travail.

Dans un rapport médical du 1^{er} juillet 2014, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déclaré suivre l'assuré

depuis le 13 mars 2014 et posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de trouble de la personnalité autre (narcissique) (F 60.8), depuis l'été 2012. Il a estimé que l'activité exercée n'était plus exigible et qu'il était impossible de se prononcer quant à une date de reprise professionnelle compte tenu de la persistance de l'état dépressif. Selon le Dr P._____, l'assuré présentait une pensée légèrement ralentie et un discours informatif centré autour de revendications et de sentiment d'être mis de côté mais également autour d'un sentiment de rage lié au rejet de la part de son fils. La thymie était triste avec des pleurs fréquents, l'intéressé présentait une anhédonie, une aboulie des troubles du sommeil intenses avec un sentiment de rumination. L'anxiété était présente sous forme d'une anxiété parfois persécutrice, l'assuré verbalisant avoir l'impression que les gens lui étaient hostiles et décrivant également un sentiment de menace diffuse. Selon le Dr P._____, l'intéressé rapportait des idées noires mais n'avait aucune intention suicidaire ni d'antécédent de passage à l'acte.

Dans un rapport du 16 octobre 2014, le Dr P._____ a indiqué à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assuré étant lentement positif, que les limitations fonctionnelles subsistaient sous forme de troubles de la concentration et de symptômes de douleurs et que l'assuré pouvait être soumis à des mesures de réinsertion.

Le 18 décembre 2014, l'assuré a subi une synovectomie tendant à l'excision d'un névrome de Morton.

On extrait ce qui suit du rapport d'examen neuropsychologique établi le 19 novembre 2015 par X._____ et N._____, spécialistes en neuropsychologie :

« **Conclusions**

Le présent examen a été effectué chez un assuré globalement adéquat, collaborant de manière passive, ralenti et fatigable. Les résultats inter-tests et intra-tests démontrent certaines incohérences et l'attitude, ainsi que l'analyse des résultats aux tests de validation

des symptômes tendent à suggérer un probable manque d'effort et/ou des éléments de surcharge. Il met en évidence :

- Une désorientation personnelle partielle ;
 - Des troubles mnésiques antérogrades sévères en modalité verbale présents dès l'apprentissage et caractérisés par des difficultés de stockage et de récupération (avec de nombreuses fausses reconnaissances et des intrusions), ainsi qu'en modalité visuelle (en reconnaissance) ;
 - Un dysfonctionnement exécutif sévère avec des difficultés d'inhibition, de programmation gestuelle et graphique, de flexibilité mentale et d'incitation verbale et non verbale ;
 - Des troubles attentionnels sévères caractérisés par un fléchissement de la mémoire immédiate verbale (affectant le calcul oral) et visuo-spatiale, un ralentissement majeur des temps de réaction simples, ainsi que par une fluctuation de la vitesse de traitement de l'information ;
 - Une altération du raisonnement non verbal et du jugement critique.
-
- + La préservation des gnosies visuelles ;
 - + La préservation des fonctions praxiques constructives et idéomotrices,
 - + La préservation des fonctions langagières aussi bien en expression orale et écrite (en français et en allemand), qu'en compréhension orale (en français) et compte tenu de la maîtrise partielle du français ;
 - + Des capacités préservées au calcul écrit et au niveau de la transcription des nombres,
 - + Des capacités globalement préservées en mémoire rétrograde autobiographique.

Le tableau est celui d'une atteinte exécutive, mnésique et attentionnelle sévère, qui comporte certaines particularités et discordances laissant suspecter des éléments de surcharge de nature non organique :

- des réponses à l'économie lors de l'anamnèse avec de nombreux soupirs ;
- une désorientation personnelle partielle contrastant avec une mémoire autobiographique globalement satisfaisante même pour des événements survenus après le début des problèmes de santé (récit satisfaisant de son histoire médicale récente) ;
- dans un test de mémoire épisodique antérograde verbale, les performances sont nettement moins bonnes que le hasard en situation de reconnaissance et on relève l'apparition d'un nombre très élevé de fausses reconnaissances lors de la condition de reconnaissance terme-à-terme ;
- dans un test de reconnaissance visuelle en choix forcé, sensible aux éléments de surcharge, des performances faibles et évoluant très peu lors de la deuxième présentation du même matériel. De tels résultats évoquent la présence d'éléments de surcharge ;

- Des temps de latence élevés pour répondre aux questions d'orientation et plus particulièrement lors de la passation des items de l'épreuve de mémoire immédiate visuo-spatiale ;
- Des temps de réaction anormalement élevés, proches de la seconde sans signal avertisseur, et un nombre marqué d'erreurs anticipées ;
- Des performances en mémoire de travail verbale nettement supérieures aux performances réalisées en mémoire immédiate verbale, alors qu'elle nécessite moins de ressources attentionnelles.

Nous précisons que la présence de réels troubles cognitifs nous paraît possible au vu du parcours et de l'histoire médicale, mais leur sévérité et leur étendue ne peut être précisée au vu des éléments du surcharge qui ne permettent actuellement pas à l'assuré de s'impliquer comme il se doit dans l'évaluation. Par conséquent, les résultats du présent examen doivent être interprétés avec prudence et on ne peut se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sur le plan strictement cognitif. Un avis psychiatrique est souhaitable.

On ne peut exclure la présence de séquelles post-traumatiques consécutives au traumatisme crânien léger survenu le 30.07.12, toutefois le tableau actuel (sévérité des troubles) n'est pas explicable par cet événement unique. Nous ne pouvons pas exclure une atteinte des fonctions cognitives liée à une symptomatologie d'un trouble de l'humeur et / ou à un trouble de la personnalité décompensé (diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble de la personnalité de type narcissique selon le rapport médical du 01.07.14 du Dr P. _____, psychiatre) compte tenu des hallucinations dont se plaint actuellement l'assuré et de l'hospitalisation récente en milieu psychiatrique, telle qu'évoquée par l'assuré. d'autre part, nous ne pouvons exclure une exacerbation des troubles cognitifs par la médication psychotrope actuelle (effets délétères des neuroleptiques et des benzodiazépines sur les fonctions cognitives).

Une diminution du traitement psychotrope (Risperdal®, Valium®, Dalmadorm®) et une amélioration de la thymie pourraient, dans une certaine mesure, favoriser une amélioration sur le plan attentionnel, mnésique et exécutif ».

L'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par les Drs A. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 3 décembre 2015, ils ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches sans déficit neurologique, apparues dans les suites d'une chute et dans le contexte d'une arthrose facettaire postérieure lobaire étagée (M54.5) et, sans répercussion sur la capacité de

travail, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission complète (F32.11), de commotion cérébrale le 30 juillet 2012 avec surdité complète de l'oreille gauche, d'état après exérèse d'un névrome de Morton au 3^e espace interdigital du pied gauche et d'hypertension artérielle. Sur le plan somatique, ces praticiens ont relevé que les différents examens neurologiques et IRM ne confirmaient aucun conflit disco-radiculaire ou du nerf sciatique, l'arthrose postérieure lombaire et les signes de surcharge à ce niveau et entre les épines pouvant expliquer les lombalgies mécaniques dans l'ancienne activité, ce qui justifiait de retenir des limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie aiguë ou chronique à caractère incapacitant. Les Drs A. _____ et C. _____ ont en outre écrit ce qui suit :

« Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéoarticulaire, elles concernent le rachis lombaire : limite de port de charge près/loin du corps 15kg, éviter les positions en porte-à-faux, éviter les plateformes vibrantes, éviter les travaux à genoux ou accroupi, éviter les activités exercées principalement en marchant sur terrain irrégulier, activité en positions alternées.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéoarticulaire, une incapacité totale est attestée depuis le 18.06.2013 par le Dr I. _____ (RM E. _____ du 26.10.2013).

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'IT durable.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan ostéoarticulaire, l'incapacité de travail totale a été reconduite.

Dans son RM du 16.06.2014, le Dr I. _____ déclare l'assuré apte à reprendre son activité à plein temps dès le 14.11.2013.

Les limitations fonctionnelles qu'il retient sont comparables aux nôtres sauf en ce qui concerne la capacité de porter des charges et l'utilisation des échelles qu'il considère nulle, appréciation de

laquelle nous nous écartons compte tenu de la confrontation radio-clinique rassurante.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'IT.

En ce qui concerne la capacité de travail exigible, elle est déterminée *sur le plan rhumatologique* par la tolérance mécanique des facettes articulaires lombaires postérieures. En effet, l'IRM lombaire d'avril 2014, effectuée après l'expertise au Centre F._____ (décembre 2013) et après la reprise du travail, montre une surcharge de ces articulations et entre les apophyses épineuses.

Dans son rapport du 12.06.2014, l'employeur confirme le caractère contraignant de l'activité (travail en hauteur, à l'extérieur, en marchant, travaux parfois acrobatiques, port de charges lourdes de 10-25 kg).

Nous retenons des limitations fonctionnelles seulement pour cette arthrose lombaire susceptible de provoquer des douleurs locales. Les sciatalgies alléguées sont sans substrat organique et donc non-incapacitantes.

Sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles éventuelles sur le plan ORL doivent être déterminées par un spécialiste.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE DE MONTEUR TELECOM: 0 % SUR LE PLAN RHUMATOLOGIQUE

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : NOVEMBRE 2013 ».

Par projet de décision du 10 mai 2016, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus de prestations au motif que l'assuré pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le revenu annuel d'invalidé, sur lequel un abattement de 5% avait été appliqué, était arrêté à 62'868 fr. 61. L'OAI retenait par ailleurs un revenu sans invalidité de 73'382 fr., pour arrêter la perte de gain à 10'513 fr. 19, correspondant à un degré d'invalidité de 14,33%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 31 mai 2016, soutenant être incapable de travailler tant pour des raisons physiques que psychiques.

Dans un rapport du 8 juin 2016, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Fondation J._____, a indiqué que l'assuré était suivi au Centre de Psychiatrie [...] (CPI) depuis 2013 dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent (F33.11) et d'une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.8), précisant qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) était également retenu. Elle a souligné que la symptomatologie psychiatrique était apparue dans les suites de l'accident de travail de juillet 2012. Sur le plan fonctionnel, l'assuré présentait de nombreuses restrictions psychiques telles qu'une fatigabilité importante, une intolérance au stress, à la frustration et au changement, un fonctionnement rigide avec une capacité d'adaptation faible. Les difficultés sociales et relationnelles étaient invalidantes avec un retrait social important, une intolérance au conflit, une sensibilité extrême aux pertes et blessures narcissiques. Sur le plan cognitif, les troubles de l'attention, de concentration et de mémoire impliquaient des difficultés dans la planification, l'organisation et la réalisation des tâches. La Dresse G._____ a estimé que la capacité de travail était nulle depuis le début de la prise en charge au CPI.

Sur mandat de l'OAI, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 12 décembre 2016. Le rapport d'expertise daté du 28 décembre 2016 expose notamment ceci :

« **V** **Diagnostics**

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Aucun au plan psychique.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Episodes récurrents de réaction dépressive, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels (F33.4).
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.9), existant depuis probablement fin 2013.

- Accentuation de traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile (Z73.1), existant depuis probablement l'âge adulte.

VI Synthèse et Discussion

[...]

Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique.

Depuis un accident en juillet 2012, U._____ décrit la persistance d'une tristesse fluctuante avec des moments d'aggravation en réaction à des déceptions, comme le refus de ses enfants vivant en [...] de lui parler et des examens ne trouvant pas d'explication physique pour ses douleurs. Dans ce cadre, il se plaint d'une irritabilité, voire d'une impulsivité, sous forme de crises depuis 2013 avec des idées suicidaires transitoires, comme pour la dernière fois en juin 2016 en réaction à un projet de refus de sa demande d'une rente AI. Depuis le début de son suivi psychiatrique à la consultation de la Fondation J._____ en novembre 2013, il décrit ainsi un état plus ou moins inchangé après une amélioration initiale. Selon U._____, il subit des fluctuations de l'humeur marquées par des moments pendant lesquels il se sent mieux avant de souffrir de rechutes en réaction à ses douleurs et des problèmes sociaux, comme une saisie de salaire depuis 2013. Dans ce cadre, il est confronté avec des dettes à cause de la pension impayée pour ses enfants vivant chez leur mère en [...]. Décrites de manière dramatique, les plaintes de U._____ concernant une tristesse, une fatigue et une perte de toute envie peuvent laisser penser à un épisode dépressif majeur.

Cependant, les plaintes de U._____ montrent des incohérences. Sans persistance d'un abaissement important de l'humeur à l'examen, il fait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables et exprime de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de télévision ou son sentiment de responsabilité pour ses enfants. C'est ainsi qu'il peut surmonter des idées suicidaires par le passé et se montre visiblement fier de ses réussites professionnelles ou sportives. Contrairement à sa plainte subjective, il ne souffre pas d'une diminution de l'énergie l'empêchant de participer activement à l'examen de 4 heures. En l'absence de signe de fatigue après des efforts minimes, il ne montre pas de diminution importante de la concentration ou de l'attention au cours de l'examen. Ces observations correspondent à sa capacité à conduire sa voiture pour se rendre à Montreux ou Vevey ainsi que d'entreprendre des activités comme des vacances en Tunisie nécessitant un trajet de 30 heures en juin 2015, suivi par une visite chez son frère à [...] où il se rend seul en train pendant plusieurs heures. Mettant en avant un manque d'envie et des difficultés de concentration l'empêchant de lire depuis l'aggravation de son état

fin 2013, U._____ préfère pourtant rester occupé sur son ordinateur, lors de son hospitalisation à la Fondation de Nant, selon la lettre de sortie. A l'examen actuel, il fait ainsi des déclarations contradictoires, par exemple par rapport a[u] déroulement d[e] ses journées qu'il dit passer sans sieste, mais avec des activités comme la lecture, lors de l'examen au SMR en mai 2015. En revanche, il se dit incapable de conduire sa voiture en mai 2015, contrairement à ses propos à l'examen actuel. L'examen neuropsychologique de novembre 2015 met également en évidence des discordances et des éléments de surcharge rendant impossible de se prononcer de manière fiable sur les limitations fonctionnelles au plan cognitif, selon le rapport du 19.11.2015.

Sans signe d'une diminution de l'estime de soi ou de la confiance en soi, comme une timidité ou un sentiment de gêne dans des situations sociales, U._____ nie l'idée de culpabilité ou de dévalorisation. Par contre, il donne une description positive de sa personnalité, notamment de ses qualités au plan sportif et professionnel. Vivant au jour le jour, il n'exprime pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir mais exprime de manière authentique sa responsabilité pour ses enfants en bas âges pour qui il veut être là et qui lui permettent de surmonter des idées suicidaires récurrentes entre fin 2013 et juin 2016. En l'absence d'une perturbation du sommeil indépendant des douleurs, il n'y a pas de signe manifeste d'une diminution de l'appétit chez un expertisé qui décrit un poids stable avec un IMC [indice de masse corporelle] dans les limites de la norme depuis trois ans. En conséquence, l'examen de U._____ et l'exploration de ses activités actuelles ne permettent pas de retenir un épisode dépressif actuel selon la CIM-10, sur la base des éléments objectivables.

Anamnestiquement, U._____ souffre d'un premier épisode dépressif moyen en réaction à l'accumulation de ses problèmes de santé physiques en 2012 et 2013 hypothéqués par des difficultés sociales, comme une saisie de salaire ordonnée en 2013 et la pension alimentaire revendiquée par sa première épouse. Motivant un premier traitement psychiatrique à la Fondation J._____ à [...] en novembre 2013, cet épisode dépressif montre une évolution favorable selon le rapport du 16.10.2014 du Dr P._____. Malgré l'absence d'un traitement antidépresseur, la Dresse C._____ du SMR constate ainsi une rémission de cet épisode dépressif en mai 2015 qui confirme le caractère réactionnel des symptômes affectifs de U._____. Face à des facteurs de stress sociaux, comme ses problèmes financiers et le refus de ses enfants vivant en [...] de renouer la relation avec lui, U._____ subit pourtant un deuxième épisode dépressif motivant un séjour à l'Hôpital psychiatrique de la Fondation J._____ et l'introduction d'un premier antidépresseur en octobre 2015. Cependant, l'observation d'un patient qui s'exprime avec un discours informatif, sans idée suicidaire, et qui regrette sa violence envers sa femme dans le passé tout en ayant envie de rentrer pour soutenir sa femme enceinte déjà le lendemain de son admission contraste avec le diagnostic retenu lors de ce séjour. En l'absence de symptôme dépressif objectivable dépassant une thymie triste, U._____ peut quitter l'hôpital après 6 jours pour affronter la vie quotidienne et le conflit relationnel majeur avec sa première épouse, également décrit par la Dresse G._____ en mars 2016. Par contre, un épisode dépressif sévère entraîne typiquement plusieurs

symptômes sévères à l'origine d'une incapacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne et un état de détresse important associé soit à une agitation soit à un ralentissement marqué. En revanche, l'évolution favorable observée au cours de quelques jours à l'hôpital caractérise habituellement des états réactionnels.

En effet, après l'introduction d'un antidépresseur à une dose minimale efficace en octobre 2015, U._____ continue à s'engager dans son rôle de père de trois enfants en bas âges, dont les deux derniers sont nés en mars 2014 et octobre 2015, malgré la description d'une importante diminution de la libido depuis 2012. Ainsi, le diagnostic retenu à la Fondation J._____ semble se baser principalement sur la plainte de U._____ concernant des hallucinations transitoires sous forme d'une voix et des ombres survenant depuis 2013. Contrairement à la perte d'espoir et d'entrain typiquement observé chez des patients souffrant d'un épisode dépressif majeur, il poursuit pourtant des objectifs personnels, par exemple de rétablir la relation avec ses deux enfants nés du premier mariage et entreprend seul un voyage en train pour se rendre à [...] en janvier 2016. Malgré une deuxième crise psychique en réaction au refus de ses enfants de le revoir, nécessitant, selon lui, un séjour de 5 jours en mode volontaire dans un hôpital en [...], il ne souffre pas d'une incapacité à faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, l'empêchant de retourner seul en Suisse. Depuis, il continue à mener une vie organisée en fonction de ses plaintes physiques, tout en restant capable de conduire sa voiture, par exemple pour se rendre à Montreux ou Vevey afin de rencontrer des amis ou rendre visite à son frère. En juin 2016, il surmonte la déception du refus de sa demande AI, sans décompensation nécessitant une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique, mais décrit la rémission d'idées suicidaires depuis.

Contrairement aux démarches thérapeutiques caractérisant une pathologie psychiatrique importante, le traitement de U._____ se limite à des consultations mensuelles au maximum avec sa psychiatre et la prescription du même antidépresseur montrant un taux sanguin actuel au-dessous du seuil de détection. En plus, les propos de U._____ concernant son traitement psychiatrique et l'accompagnement par une infirmière contrastent avec le rapport de la Dresse G._____ ne décrivant que des consultations médicales tous les trois mois et un accompagnement hebdomadaire par une infirmière. Le taux sanguin de Risperidone reste également au-dessous du seuil de détection et le résultat négatif de benzodiazépines dans l'urine indique l'absence de prise quotidienne de Valium depuis des semaines. Seul le résultat de Quetiapine, pourtant au-dessous du seuil thérapeutique, correspond à la dose prescrite. Ces éléments objectivables montrent une adhésion largement insuffisante au traitement, laissant planer des doutes quant à la souffrance réelle liée aux problèmes psychiques de U._____. En revanche, cette mise à contribution d'options thérapeutiques contrastant avec un trouble psychique sévère renforce l'impression d'une exagération des plaintes, comme lors de l'examen neuropsychologique de novembre 2015. Dans ce cadre de discordances et d'éléments de surcharge, rendant par exemple impossible de se prononcer sur les limitations cognitives en 2015, U._____ se plaint d'hallucinations sous forme d'une voix qui l'incite

à se faire du mal. Cependant, la seule description d'un tel phénomène se manifestant de manière transitoire lorsqu'il se perd dans ses pensées et qui disparaît lorsqu'il s'occupe par exemple de ses enfants, reste insuffisante pour retenir des symptômes psychotiques manifestes. En faisant abstraction des plaintes incohérentes de U._____, son anamnèse et l'examen mettent en évidence des réactions dépressives récurrentes, dont la sévérité correspond à un épisode moyen au maximum, et qui se trouvent actuellement en rémission, malgré la persistance des symptômes résiduels.

Le caractère inhabituel des plaintes de U._____, par exemple concernant une voix qui lui donne des ordres, semble pourtant étroitement lié à ses croyances concernant une personne gravement malade. En parallèle, il décrit un cortège de plaintes physiques qui ne peuvent pas être expliquées entièrement par un processus physiologique, comme en témoignent les signes de non organicité lors de l'examen au SMR en mai 2015. Selon cet examen rhumatologique, U._____ souffre pourtant d'une arthrose facettaire postérieure lombaire étagée à l'origine de lombosciatalgies gauches apparues dans les suites de sa chute avec traumatisme rachidien cervico-dorsolombaire le 30.07.2012. Puis les symptômes douloureux de U._____ initialement dus à ce trouble physique sont amplifiés et entretenus par ses problèmes psychiques réactionnels à ses difficultés sociales, comme le litige avec sa première épouse entraînant des répercussions financières, notamment l'accumulation d'une dette importante. Ainsi, il exprime sa détresse surtout face à ses problèmes sociaux vécus comme une profonde injustice, tout en montrant peu ou pas de comportement algique lorsqu'il n'aborde pas ses douleurs. Malgré sa description dramatique de symptômes physiques qu'il accompagne de positions peu physiologiques, contrastant avec les limitations fonctionnelles qu'il décrit dans sa vie quotidienne, les taux sanguins de ses antidouleurs restent au-dessous du seuil de détection. Sans limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, U._____ entreprend des voyages en [...] impliquant un trajet de 30 heures ou déambule de manière détendue en ville de Lausanne en portant sa canne anglaise parfois sur le côté gauche, parfois sur le côté droit, à l'examen actuel. En l'absence de comportement algique dépassant les moments lorsqu'il aborde ses douleurs, son tableau clinique restent ainsi insuffisants pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. Cependant, ses plaintes et son anamnèse correspondent au diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, comme déjà retenu par la Dresse C._____ en 2015.

Cette majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques s'accompagnant de réactions dépressives, s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une sensibilité aux blessures narcissiques et une labilité émotionnelle à l'origine d'une impulsivité. Utilisant des moyens de défense immatures, comme le clivage, le déni, l'idéalisation et la projection, U._____ montre une fixation sur sa revendication d'une compensation pour le tor[t] subi subjectivement, malgré l'absence d'une explication physiologique pour les plaintes physiques qu'il met en avant. Dans ce cadre, il semble adapter ses propos en fonction de son interlocuteur afin de

le convaincre de l'importance de son vécu subjectif. A l'examen actuel, il décrit ainsi un accident nettement plus important, contrastant avec le traumatisme relativement mineur documenté à l'Hôpital de [...] immédiatement après l'événement en question. Les incohérences de ses déclarations, par exemple concernant sa capacité à conduire une voiture et son divorce, ainsi que les taux sanguins de sa médication évoquent également une tendance à déformer la vérité. En plus, les observations lors de l'examen neuropsychologique de novembre 2015 renforcent l'impression d'une majoration de symptômes.

Malgré cette structure de personnalité, U. _____ fait preuve de ses ressources d'adaptation lui permettant de suivre avec succès sa scolarité jusqu'au baccalauréat, malgré des changements d'école, en [...] et en [...]. Puis U. _____ travaille de manière stable dans différents contextes et suit des formations professionnelles dans une école supérieure en [...] ainsi qu'en [...] avant de travailler comme monteur de télécommunication avec des engagements de plusieurs années aux deux pays. Sans difficulté d'intégration en [...] et en [...], il fonde une famille avec sa première épouse et décrit une relation conjugale harmonieuse pendant des années jusqu'à la survenue de problèmes économiques en 2005. Malgré l'importance du litige avec son épouse, il affronte ce conflit sans décompensation psychique nécessitant un traitement psychiatrique avant novembre 2013. Au contraire, il poursuit de manière stable son travail de monteur en télécommunication en [...], en Suisse et en [...], avant de s'installer définitivement près de son frère habitant à [...]. Pouvant s'appuyer sur le soutien de son frère, il trouve une nouvelle perspective professionnelle en Suisse et poursuit cette activité de manière stable. Décrivant un bon contact avec ses supérieurs et collègues, il surmonte d'abord les problèmes physiques dus à l'accident de juillet 2012, pour reprendre son travail à plein temps jusqu'en juin 2013. En parallèle, U. _____ se marie une deuxième fois et fait venir son épouse en Suisse pour fonder une nouvelle famille et assumer son rôle de père de trois enfants en bas âges, dont deux sont nés après son arrêt maladie. En l'absence d'élément objectivable en faveur d'un détachement émotionnel manifeste, d'une perte d'intégration sociale ou d'une attitude hostile et méfiante envers le monde, U. _____ fait preuve de capacités d'adaptation incompatibles avec une modification durable de la personnalité ou un trouble de la personnalité, selon la CIM-10.

N'ayant pas valeur de maladie, les particularités de fonctionnement de U. _____ correspondent à l'accentuation de traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile. Expliquant ses crises ponctuelles marquées par des menaces hétéro et auto-agressives en réaction à des déceptions, comme le refus de ses enfants de le revoir en [...] ou de sa demande d'une rente AI en mai 2016, cette structure de personnalité favorise l'adoption d'un rôle d'invalidé. Ce rôle se manifeste ainsi face à la confrontation avec d'importants problèmes sortant du champ médical, comme les difficultés financières de U. _____ dues à une saisie de salaire depuis 2013. Maintenu par des bénéfices secondaires, comme la perspective d'une compensation financière et le soutien par son épouse, ce rôle d'invalidé permet à U. _____ de mener une vie organisée en fonction de ses intérêts et envies, par exemple

concernant son rôle de père. Par contre, ce rôle d'invalidé ne justifie pas une incapacité de travail durable au plan psychique.

En conclusion, l'anamnèse de U._____ est compatible avec une réaction dépressive dont la sévérité ne dépasse pas un épisode dépressif moyen au maximum à partir novembre 2013, alors que U._____ commence son premier traitement psychiatrique. Comme son psychiatre décrit une évolution favorable en octobre 2014 et la Dresse C._____ constate une rémission en mai 2015, cette réaction dépressive justifie une incapacité de travail au plan psychique de l'ordre de 30% de novembre 2013 à octobre 2014. Puis l'anamnèse montre un deuxième épisode dépressif de sévérité moyenne au maximum, motivant un séjour à l'Hôpital psychiatrique de la Fondation J._____, en octobre 2015. Grâce à une amélioration rapide de son état caractérisant des états réactionnels et lui permettant de quitter l'hôpital déjà après 6 jours, il entreprend des activités comme un voyage en Autriche pour revoir ses enfants. Ainsi, il surmonte une nouvelle crise ponctuelle de quelques jours en réaction au refus de ses enfants de rétablir la relation avec lui. Malgré des consultations médicales occasionnelles et une adhésion insuffisante au traitement constatée à l'examen actuel, U._____ continue d'affronter une accumulation des déceptions et facteurs de stress social, comme un projet de refus de sa demande d'une rente AI en juin 2016, sans nouvelle hospitalisation. Par conséquent, son anamnèse et l'examen actuel montrent la rémission d'une nouvelle réaction dépressive justifiant une deuxième et dernière période d'incapacité de travail de 30% d'octobre 2015 à février 2016 au plus tard.

En dehors de ces deux épisodes, les symptômes dépressifs résiduels de U._____ restent insuffisants pour justifier une incapacité de travail durable. En juin 2015, il peut ainsi entreprendre un voyage en [...] pendant un mois, sans aggravation de ses symptômes affectifs, pourtant typiquement observé chez des patients souffrant d'un épisode dépressif majeur en cas d'un changement de leur routine. Cependant, le refus actuel de U._____ de mettre en valeur sa capacité de travail au plan psychique s'explique par l'adoption d'un rôle d'invalidé dans le cadre d'une accentuation de traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile qui maintient une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Caractérisée par des plaintes incohérentes et surajoutées, cette majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques s'accompagnant de symptômes affectifs résiduels de réactions dépressives ne justifie pas d'incapacité de travail durable. En conséquence, l'effort à surmonter les symptômes physiques amplifiés de U._____ afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, par exemple en qualité de technicien de télécommunication, reste raisonnablement exigible au plan psychique».

Par décision du 23 janvier 2017, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, confirmant son projet du 10 mai 2016.

Par courrier séparé du même jour, l'OAI a indiqué à l'assuré que son courrier du 31 mai 2016 n'était pas susceptible de modifier la

position et que l'expertise psychiatrique avait retenu que sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée.

B. Par acte du 23 février 2017, U._____, représenté par Me Nabil Charaf, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit octroyée. Il soutient en substance que l'OAI n'a pas tenu compte de ses graves troubles physiques et psychiques rendant impossible la réalisation des tâches physiques relevant des gestes simples du quotidien et, par conséquent, la reprise d'une activité professionnelle. Il fait également valoir que ses atteintes sur le plan psychique rendent impossible l'exercice de toute activité.

Il produit notamment à l'appui de son recours :

- un rapport de la Dresse G._____ du 14 septembre 2016, répondant comme suit aux questions du SMR du 9 août 2016 :

« Pourriez-vous préciser avec souci du détail l'expérience de catastrophe à laquelle vous faites référence et la date à partir de laquelle ce problème a été à vos yeux susceptible d'influencer la capacité de travail de l'assuré ?

U._____ travaillait comme technicien en télécommunication avec des mandats pour [...] et [...]. Ce travail était très apprécié et investit positivement par le patient. Il consistait à mettre en place des bornes de transfert et ceci dans toute la Suisse.

Le 30 juillet 2012, U._____ est à [...] avec un collègue aide-électricien où il doit mettre en câblage un site dans un tunnel. Pour y accéder, il y a une trappe en plexiglas renforcé de lames métalliques et une rampe d'escaliers. Il se souvient que ce jour-là, il était stressé car ils avaient trois zones à installer.

En arrivant dans la chambre électrique, U._____ se rend compte qu'il a oublié son cahier de mesure dans la voiture. Il reprend les escaliers en courant sans voir que son collègue avait fermé la trappe et il arrive en trombe tête baissée en avant contre le plexiglas renforcé. Il se rappelle s'être tapé violemment la tête et avoir ressenti un craquement dans la nuque qui s'est prolongé dans la colonne vertébrale, puis est tombé inconscient en arrière en dévalant les 13 marches d'escaliers. C'est son collègue qui a appelé les urgences, il ne sait pas s'il a été mobilisé par ce dernier. Il reprend connaissance à l'hôpital de Berne avec une douleur à la nuque et au dos.

Suite à son traumatisme crânien-cérébral, l'IRM et le scanner ne montrent rien de particulier. U._____ sort de l'hôpital après 48h avec une minerve et des béquilles pour soulager son dos. Il présente toujours de fortes douleurs dans le haut du corps et des paresthésies aux mains et aux pieds et un bourdonnement d'oreilles. Néanmoins, il se sent plutôt soulagé car il n'a rien de cassé. Les douleurs dans les membres inférieurs apparaissent dès le retour à domicile pour se localiser seulement dans la jambe gauche par la suite, devenant de plus en plus invalidantes. Son médecin généraliste lui prescrit des anti-inflammatoires et antidouleurs sans amélioration notable. L'impression d'oreille bouchée persiste puis se focalise sur l'oreille gauche, et motive une consultation auprès du Dr [...], ORL qui diagnostique une perte de l'audition complète de l'oreille gauche consécutive au traumatisme.

Les semaines et les mois suivants l'accident, la symptomatologie décrite ci-dessus ne montre pas d'amélioration. Le patient relève des pertes consécutives à l'accident s'étayant sur 3 axes : le travail, le sport et la famille. Les pertes sont accompagnées d'une blessure narcissique importante et sont à l'origine des symptômes psychiques.

Sur le plan psychique, U._____ décrit l'apparition d'insomnies avec parfois des cauchemars à valence traumatique (répétition de l'accident) peu après l'incident. Il évoque une modification de son caractère, devenant plus colérique, irritable et gérant mal son impulsivité avec des dégâts d'objets lorsqu'il perd le contrôle. Dans les suites de l'accident, il note également une baisse de la libido ainsi que des troubles de la concentration. L'état psychique se détériore de manière importante entre juin 2013 et septembre 2013 avec l'apparition d'un état mélancoliforme et une symptomatologie psychotique (idées de ruine, hallucinations auditives et cénesthésiques) ainsi qu'une idéation suicidaire nécessitant une prise en charge psychiatrique au CPI (Dr. [...]). Les hallucinations sont apaisées sous traitement neuroleptique. L'aggravation de l'état dépressif mélancoliforme ainsi que des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous le train) en automne 2015 justifie une hospitalisation en milieu psychiatrique à Nant du 14.10.2015 au 20.10.2015 dans le contexte d'un état dépressif sévère avec symptomatologie psychotique.

En ce qui concerne la capacité de travail, nous relevons une reprise de travail à 50% quatre mois après l'accident pendant une durée de deux mois environ. Durant ce laps de temps, U._____ est assisté par un aide-électricien qui porte les choses lourdes. Par la suite, il travaille pendant deux mois à 100% début 2013 mais les douleurs devenaient insupportables. Il est à l'arrêt maladie à 100% à partir de juin 2013 pour des raisons somatiques. Par la suite, U._____ est licencié de son travail en décembre 2013.

En résumé, nous observons l'apparition d'une symptomatologie somatique et algique invalidante dans les suites de l'accident du 30.07.2012, entraînant de nombreuses pertes à divers niveaux. Le traumatisme subi lors de l'accident engendre un effondrement narcissique et semble à l'origine d'une symptomatologie psychiatrique latente, devenue manifeste au cours de l'année 2013.

Selon notre évaluation, l'incapacité de travail de U._____ est totale depuis ce moment et jusqu'à ce jour [...] ».

- un rapport du 21 mars 2016 de la Dresse G._____ posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de modification durable de la personnalité (F 62.8) depuis l'état 2012 et indiquant que depuis le dernier rapport, était observée une évolution de l'état psychique allant vers une chronicisation malgré les efforts thérapeutiques déployés avec des fluctuations symptomatiques au fil du temps et précisant qu'une décompensation récente avait mené à une première hospitalisation en milieu psychiatrique du 14 au 20 octobre 2015. La Dresse G._____ a également indiqué que sur le plan des affects, on notait une thymie clairement abaissée avec des pleurs durant l'entretien. Selon cette praticienne, l'assuré exprimait une tristesse et une irritabilité s'exprimant par des crises clastiques occasionnelles à domicile, rapportait une aboulie, une anhédonie, une tendance à la clinophilie et un retrait social important malgré une intolérance à la solitude. Il évoquait également des symptômes de la lignée anxieuse tels qu'un stress, une nervosité (observable durant l'entretien), un sentiment de surcharge et de débordement. On retenait également des symptômes d'ordre neurovégétatifs avec principalement des bouffées de chaleurs et des plaintes algiques. Le sommeil était perturbé avec des réveils fréquents, des ruminations et des cauchemars. Il y avait des symptômes de la lignée psychotique sous forme d'hallucinations auditives qui l'incitaient à se faire du mal, les idées de mort passives étant présentes sans idéation suicidaire scénarisée. Selon la Dresse G._____, l'assuré présentait de nombreuses restrictions psychiques telles qu'une fatigabilité importante, un manque d'énergie et d'endurance ainsi que des symptômes de la ligne anxieuse impliquant une tolérance diminuée au stress, à la pression et au changement. Elle relève que sur le plan cognitif, les capacités de concentration, d'attention et de mémoire sont atteintes et impliquent une difficulté à planifier, organiser et concrétiser les tâches de manière autonome. Elle a jugé que la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Par décision du 28 mars 2017, la juge instructeur a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 mars 2017 dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de leurs avances et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Nabil Charaf.

Dans sa réponse du 1^{er} mai 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il soutient en substance que le rapport d'examen clinique du SMR et l'expertise du Dr D. _____ - dont la valeur probante doit être admise - attestent une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré et fait valoir qu'aucun élément médical objectif susceptible de modifier ces appréciations n'a été mis en évidence.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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

2. Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé 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 (art. 16 LPGA).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, 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 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

d) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

e) 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).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

4. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée moyennant le respect de limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant remet pour l'essentiel en question l'appréciation de sa capacité de travail, sur les plans psychiatrique et somatique. Il soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler.

a) Sur le plan somatique, l'OAI a principalement fondé sa décision sur les conclusions de l'examen clinique du SMR réalisé par le Dr A._____ s'agissant du volet rhumatologique. Dans ce contexte, on peut relever que les médecins du SMR avaient pleine connaissance du dossier et ont dûment pris en considération les plaintes du recourant. L'examen clinique a été effectué de manière exhaustive, précisément eu égard aux plaintes présentées par l'intéressé, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique.

Dans leur rapport d'examen clinique, les Drs A._____ et C._____ ont retenu que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que le recourant était en revanche à même d'exercer une activité respectant ses limitations fonctionnelles concernant le rachis lombaire, soit limitant le port de charge à 15kg et évitant les positions en porte-à-faux, les plateformes vibrantes, les travaux à genoux ou accroupi, ainsi que les activités en terrain irrégulier. Ces limitations fonctionnelles se recoupent d'ailleurs très largement avec celles mises en évidence par le Dr W._____ dans son rapport du 18 juin 2014.

Il ressort de l'étude du dossier que l'ensemble des praticiens ayant examiné le recourant s'accordent sur sa capacité à exercer une activité professionnelle adaptée à ses problèmes lombaires. L'intéressé ne produit aucun rapport médical contestant ce point de vue. Ainsi, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

b) Sur le plan psychique, l'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr D._____, selon laquelle le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité. On relèvera que dite expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Elle a en effet été réalisée par un expert indépendant et impartial, ayant une pleine connaissance du dossier et ayant dûment pris en considération les plaintes du recourant. L'examen

clinique a été effectué de manière exhaustive, l'exposé du contexte médical est cohérent et les conclusions sont dûment motivées et exemptes de contradiction.

L'expertise psychiatrique du Dr D._____ a en outre été rédigée en respectant le catalogue des indicateurs tel que préconisé par la jurisprudence fédérale.

Les différents rapports de la Dresse G._____ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expertise psychiatrique du Dr D._____. D'une part, tous les rapports de la psychiatre traitante sont antérieurs à l'expertise psychiatrique, même ceux qui ont été produits dans le cadre de la procédure de recours. D'autre part, les éléments retenus par cette praticienne pour retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent sont contredits par les conclusions du Dr D._____, lequel met en évidence des incohérences entre les plaintes du recourant et les constatations objectives. Les conclusions du Dr D._____ sont en outre corroborées par celles de la Dresse C._____ à la suite de l'examen clinique du SMR de fin 2015. Par ailleurs, des discordances avaient également été mises en évidence par X._____ et N._____ lors de l'examen neuropsychologique de novembre 2015, laissant suspecter des éléments de surcharge de nature non organique, qui ne permettaient pas à l'assuré de s'impliquer comme il se devait dans l'évaluation. Dès lors, il était pour le moins difficile de se prononcer de manière fiable sur les limitations fonctionnelles de l'intéressé au plan cognitif. Le Dr D._____ expose également de manière claire les raisons pour lesquelles il ne retient pas un épisode dépressif actuel chez le recourant, ce qui est corroboré par le peu de suivi par un spécialiste (tous les trois mois) et la quasi absence de prise de médicaments. A cet égard, l'expert a constaté que l'adhésion du recourant au traitement (Rispéridone et Valium) était largement insuffisante, laissant planer des doutes quant à la souffrance réelle de l'intéressé. Sur le plan psychique, il apparaît en définitive qu'en l'absence de rapport médical circonstancié, produit par le recourant ou versé à son dossier, qui serait susceptible de faire douter des conclusions du Dr D._____, il convient de

reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique eu égard à la capacité de travail du recourant et d'admettre que ce dernier dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité sur le plan psychique.

c) Ainsi sur le plan somatique, force est de constater que le recourant est en mesure d'assumer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, la situation de l'intéressé sur le plan psychique ne saurait être considérée comme invalidante.

5. Il convient ainsi d'examiner le droit à la rente du recourant.

Dans la décision entreprise, l'OAI considère à juste titre que le recourant présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 17 juin 2013 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. À l'échéance de ce délai, soit le 17 juin 2014, l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100% peut être raisonnablement exigée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

L'OAI a procédé à une comparaison des revenus avec (62'868 fr. 81) et sans invalidité (73'382 fr.) et a constaté que la perte de gain s'élevait à 10'513 fr. 19, soit un taux d'invalidité de 14.33 % qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant ne présente pas de taux d'invalidité suffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

La décision querellée doit ainsi être confirmée sur ce point, étant précisé que les montants pris en considération par l'OAI dans son calcul, contrôlés d'office et au demeurant non contestés par le recourant, ne prêtent pas le flanc à la critique.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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 frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Toutefois, dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision du juge instructeur du 28 mars 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 mars 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Nabil Charaf. Ce dernier ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations dans le délai imparti, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'200 fr., débours et TVA compris, étant précisé que son intervention s'est limitée à la rédaction du recours (cinq pages) et au dépôt d'un bordereau (huit pièces).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe

au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Nabil Charaf est arrêtée à 1'200 fr. (mille deux cents francs), débours et TVA compris.

- V.** U._____, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Nabil Charaf (pour U. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :