

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 août 2025

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Hempel-Bruder et Coquoz, assesseures  
Greffier : M. Reding

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Christian Dénériaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 8, 16, 49 al. 3 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Sans formation professionnelle, il a travaillé en dernier lieu pour le compte de la société L.\_\_\_\_\_ SA en qualité de monteur en constructions métalliques.

Le 8 avril 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), exposant présenter des douleurs au dos et une hernie discale.

Par rapport du 21 juillet 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a mis en évidence les diagnostics notamment de syndrome lombo-vertébral gauche sur discopathie lombaire basse (le 13 février 2017 et les 1<sup>er</sup> et 13 décembre 2018), traité par infiltration de Kenacort, et d'état de stress post-traumatique (le 4 février 2018). Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le mois de janvier 2020, tout en précisant que son patient avait subi des arrêts de travail en juin 2019 et entre le 30 octobre et le 30 novembre 2019.

Par rapport du 5 janvier 2021, ce même médecin a déclaré que l'état de santé de l'assuré restait « *stable dans la médiocrité* », confirmant ainsi une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle.

Le 16 septembre 2021, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état de santé s'était aggravé. Il a expliqué souffrir d'une baisse de moral et de vomissements quotidiens, tout en spécifiant que ses maux de dos ne s'étaient pas améliorés.

Par rapport du 27 septembre 2021, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches sur discopathie lombaire basse, de discopathie étagée avec protrusion discale médiane-paramédiane gauche aux vertèbres L4-L5 au contact avec la racine de la vertèbre L5

gauche, de protrusion discale médiane aux vertèbres L5-S1 et de fissure annulaire postérieure aux vertèbres L3-S1 (IRM [imagerie par résonance magnétique] de la colonne lombaire du 27 janvier 2021), ainsi que de vomissements et douleurs abdominales (scanner thoraco-abdominal du 13 septembre 2021), d'état anxio-dépressif réactionnel et de status post-infiltration épidurale sous scanner (le 25 novembre 2019). Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité.

Par rapport du 11 mars 2022, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] F43.1), de hernie discale aux vertèbres D11-D12 et L4-L5 (depuis 2018) et d'incontinence urinaire et parésie des membres inférieurs (depuis 2018 également). Il a retenu une incapacité de travail de 100 %, avec une contribution psychiatrique à hauteur de 40 %, tout en indiquant que celle-ci était surtout due à l'incontinence et aux parésies, lesquelles étaient probablement causées par la hernie discale.

Par rapport du 4 avril 2022, le Dr H.\_\_\_\_\_ a, à nouveau, fait état d'une situation « *[s]table dans la médiocrité* ».

Dans un avis du 19 avril 2022, la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie.

Le même jour, l'assuré a fait l'objet d'une endoscopie œso-gastro-duodénale pratiquée par la Dre [...], spécialiste en gastroentérologie. Par rapport non daté, réceptionné le 25 avril 2022 par l'OAI, cette dernière a fait mention de la conclusion suivante (*sic*) :

« [...] Aspect de gastrite antro fundique avec 2 petits ulcères fundiques. Œsophagite peptique de grade C. Le reste de l'examen œsogastroduodénal est dans les normes. ».

Le 9 août 2022, l'assuré a été examiné par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, tous trois experts auprès du centre d'expertises B.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 16 septembre 2022, ces derniers ont mis en évidence les diagnostics d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1 ; ancien, survenu dans les suites de psychotraumas durant la guerre en [...]), caractérisé actuellement par des cauchemars récurrents et des pensées intrusives, possiblement aggravé depuis l'incapacité totale de travail et générant au maximum une diminution de rendement), de dysthymie (CIM-10 F34.1 ; ancienne, survenue dans les suites de l'incapacité totale de travail prolongée et des difficultés somatiques, non incapacitante ce jour et caractérisée par une baisse de l'énergie, des troubles du sommeil, une perte d'espoir, un pessimisme et un retrait social), de lombalgies chroniques sur discopathie aux vertèbres L5-S1 et, à moindre degré, aux vertèbres L4-L5, sans signe radiculaire franc, et d'obésité modérée, tout en précisant qu'ils n'étaient pas en mesure d'éliminer une majoration des troubles pour des raisons psychologiques. D'après eux, la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 12 décembre 2018 dans son activité habituelle et de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) depuis le 4 février 2020 (soit « *trois mois après le dernier épisode réel de lumbago* ») dans une activité adaptée, laquelle devait tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes (*sic*) :

« [...] tout effort de soulèvement de charges excédant 10 kg près du corps et 15 kg loin du corps, tout effort soutenu prolongé ou répétitif en antéflexion ou en rotation du rachis lombaire, tout travail sur ou avec objet vibrant sont prohibés [...] ».

Dans un avis du 26 octobre 2022, la Dre X.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions de l'expertise du centre d'expertises B.\_\_\_\_\_.

Par projet de décision du 27 octobre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 2 décembre 2022, l'assuré, désormais représenté par Me Christian Dénériaz, s'est opposé à ce projet de décision. Dans une écriture subséquente du 25 janvier 2023, il a versé au dossier un rapport établi le 20 janvier 2023 par le Dr H.\_\_\_\_\_, lequel soutenait que l'état de santé de son patient s'aggravait depuis de nombreuses années et que les différents traitements n'avaient pas permis d'améliorer la situation.

Par décision du 27 février 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**B.** Le 17 avril 2023, G.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le mois de mars 2020 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour réexamen et nouvelle décision « *dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité* ». Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique complémentaire et son audition. Enfin, il a produit un rapport du 24 janvier 2023 du Dr I.\_\_\_\_\_ et un rapport du 14 avril 2023 du service de psychiatrie du centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_.

Par décision du 24 avril 2023, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à l'assuré, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires de même que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christian Dénériaz, avec effet au 17 avril 2023.

Par réponse du 22 mai 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 20 juin 2023, l'assuré a confirmé ses conclusions.

Par duplique du 11 juillet 2023, l'OAI a, à son tour, maintenu ses conclusions.

## **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 – compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité et une mesure de reclassement.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas présent, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1<sup>er</sup> octobre 2020 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa demande, le 8 avril 2020 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui trouvent application.

**3. a)** Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu. Il soutient en substance que la décision attaquée est insuffisamment motivée s'agissant de l'influence des atteintes psychiatriques sur sa capacité de travail.

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle

omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**c)** En l'espèce, il ressort expressément du volet psychiatrique de l'expertise du centre d'expertises B.\_\_\_\_\_ que les troubles psychiques dont souffre le recourant ont un impact sur son rendement. On ne saurait donc suivre l'assuré lorsqu'il prétend que « *les développements relatifs aux troubles psychiques* » n'ont pas été pris en considération dans l'examen du droit aux prestations. En outre, à la lecture de la décision litigieuse et de la prise de position du 27 février 2023, on comprend aisément que l'intimé s'est fondé sur les conclusions de cette expertise - y compris donc celles de la Dre V.\_\_\_\_\_ - pour évaluer la capacité de travail - et, partant, l'invalidité - du recourant, si bien qu'on ne saurait retenir un défaut de motivation à ce stade.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans

être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

**6.**           **a)** En l'occurrence, sur le plan somatique, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'obésité modérée, tout en excluant une incapacité de travail du point de vue de la médecine interne, et ce quel que soit le type d'activités. Le Dr M.\_\_\_\_\_, pour sa part, a fait état du diagnostic de

lombalgies chroniques sur discopathie aux vertèbres L5-S1 et, à moindre degré, aux vertèbres L4-L5. Selon lui, cette atteinte entravait le recourant dans l'exercice de son activité habituelle de monteur en constructions métalliques. Celui-ci était toutefois en mesure de travailler - au plan rhumatologique - à un taux de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée, à savoir une activité prohibant tout effort de soulèvement de charges de plus de 10 kg près du corps et de 15 kg de loin, tout effort soutenu prolongé ou répétitif en antéflexion ou en rotation du rachis lombaire et tout travail sur ou avec des objets vibrants, et ce à compter du 4 février 2020, soit trois mois après le dernier épisode de lumbago.

Aussi, rien ne permet de remettre en doute l'appréciation de ces deux experts. Ces derniers ont en effet examiné de manière circonstanciée les points litigieux. A cet égard, le Dr P. \_\_\_\_\_ - reprenant les propos du recourant - a mentionné que les troubles digestifs (brûlures d'estomac et vomissements) et urinaires (urgences mictionnelles) se manifestaient uniquement lorsque ce dernier était angoissé. L'assuré se sentait cependant moins stressé depuis qu'il était suivi par le Dr I. \_\_\_\_\_ et qu'il bénéficiait d'un traitement médicamenteux. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a, lui, écarté toute origine somatique aux épisodes d'incontinence. L'expertise s'est en outre fondée sur des examens cliniques complets, notamment gastroentérologique, neurologique et du rachis lombaire. Les plaintes exprimées par le recourant, en particulier celles en lien avec les problèmes gastriques et les douleurs lombaires, ont de plus été prises en considération par les deux experts. Ces derniers ont enfin établi leur rapport en pleine connaissance des différents avis des médecins traitants. Ils ont apprécié la situation médicale de façon claire et bien motivé leurs conclusions. Sur ce dernier point, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen de médecine interne était non relevant, sous réserve d'une obésité modérée, laquelle était plausiblement due à l'introduction du traitement antidépresseur. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, exposé que les lombalgies pouvaient être expliquées par les anomalies apparaissant sur l'IRM de janvier 2021, à savoir la nette pathologie discale médiane et paramédiane aux vertèbres L5-S1 à gauche, le conflit disco-radulaire et la protrusion

paramédiane gauche aux vertèbres L4-L5 et la très discrète discopathie débutante aux vertèbres L3-L4. Il était néanmoins étonnant que cette symptomatologie persiste après une longue période d'inactivité professionnelle. Il n'y avait pour le reste aucun argument en faveur d'une autre atteinte de l'appareil locomoteur. Au final, le rendement du recourant était réduit de 20 % en raison des douleurs ressenties, lesquelles nécessitaient de pouvoir alterner la position assise et debout.

**b)** Du point de vue psychiatrique, la Dre V.\_\_\_\_\_ a souligné les diagnostics d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et de dysthymie (CIM-10 F34.1), tout en précisant qu'elle ne pouvait pas éliminer le diagnostic de majoration des troubles pour des raisons psychologiques. Elle a attesté une capacité de travail de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %).

Cela étant, aucun élément au dossier n'est susceptible de mettre en cause les conclusions de l'experte psychiatre. Cette dernière a procédé à un examen circonstancié des points litigieux. Plus particulièrement, elle n'a pas constaté d'état anxio-dépressif - tel que retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 septembre 2021 - ni de tableau dépressif sévère - tel que relevé par le Dr I.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 mars 2022 -, en l'absence de troubles de la concentration et de ralentissement psychomoteur notamment. Selon elle, seul un diagnostic de dysthymie pouvait être posé au regard de la symptomatologie, à savoir une baisse d'énergie, des troubles du sommeil, une perte d'espoir, un pessimisme et un retrait de la vie sociale. L'experte a en revanche observé - à l'instar des deux médecins traitants - un état de stress post-traumatique, lequel était survenu dans les suites de psychotraumas durant la guerre en [...] et était actuellement caractérisé par des cauchemars récurrents et des pensées intrusives. Elle a toutefois estimé - à la différence de ces deux spécialistes - que cette atteinte était tout au plus à l'origine d'une baisse de rendement en raison du déconditionnement psychique. De surcroît, elle a mené des examens psychiques complets et a tenu compte des plaintes du recourant, notamment celles relatives à son vécu en [...] et à ses envies suicidaires.

Elle a établi son appréciation en pleine connaissance des rapports des médecins traitants, dont celui précité du Dr I.\_\_\_\_\_. Son analyse de la situation médicale est au demeurant claire et ses conclusions relatives à la capacité de travail ont été motivées à satisfaction.

A cet égard, la Dre V.\_\_\_\_\_ a - conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. *supra* consid. 4c) - posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de dysthymie selon les règles de l'art. Elle a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, elle a signalé que le diagnostic de dysthymie était non incapacitant, ce qui constitue un indice fort allant dans le sens d'une atteinte de faible gravité (cf. TF 9C\_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.1). En ce qui concerne le diagnostic d'état de stress post-traumatique, elle a considéré qu'il justifiait uniquement une légère baisse de rendement, ce qui va aussi dans le sens d'une atteinte peu grave. Elle n'a du reste pas pu exclure une majoration des symptômes au l'aune d'un examen clinique jugé « assez pauvre » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). S'agissant du traitement médical, elle a exposé que le suivi psychiatrique du recourant était adapté. Ce dernier n'était en revanche pas compliant dans la prise de ses médicaments ni ne bénéficiait d'une prise en charge psychothérapeutique de type « TCC [thérapie cognitivo-comportementale] et/ou hypnose ». Il subsiste donc encore des options thérapeutiques, si bien qu'une résistance au traitement ne peut être retenue (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 *in initio*). L'experte n'a qui plus est pas retenu de contre-indication à la mise en place de mesures de réadaptation (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 *in fine*). Concernant la personnalité du recourant et le contexte social dans lequel ce dernier évolue, elle a mis en évidence de bonnes ressources personnelles au regard du parcours de vie, avec de bonnes capacités d'organisation, d'adaptation et de flexibilité mentale, ainsi qu'un soutien de l'entourage familial. Elle n'a en outre relevé ni trouble de la personnalité ni altération des « fonctions complexes du Moi », les capacités de jugement, de prise de décisions, de résolution des problèmes et de gestion des émotions et des affects étant conservées, malgré une diminution des capacités

relationnelles dans le cadre familial (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Enfin, sur le plan de la cohérence, elle a estimé que les limitations dans les activités quotidiennes avancées par le recourant paraissaient très importantes par rapport aux données objectives de l'examen clinique, tout en ne pouvant exclure le fait que l'état de stress post-traumatique avait partiellement décompensé avec l'arrêt de travail, ouvrant ainsi la voie à des ruminations envahissantes et à l'aggravation des cauchemars et des pensées intrusives. Elle a néanmoins rappelé qu'une majoration des symptômes ne pouvait être écartée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Au demeurant, comme indiqué ci-dessus, elle a constaté un manque de compliance vis-à-vis du traitement médicamenteux (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

**c)** Les trois experts du centre d'expertises B.\_\_\_\_\_ ont finalement effectué une évaluation consensuelle, dont les conclusions peuvent être suivies. Il sied en conséquence de reconnaître au recourant une capacité de travail nulle dans son activité habituelle à partir du 12 décembre 2018 et l'apparition des lombalgies et de 80 % (compte tenu d'une baisse de rendement 20 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis depuis le 4 février 2020, à savoir trois mois après le dernier épisode de lombago, étant précisé que les diminutions de performance arrêtées individuellement par les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ne s'additionnent pas.

**d)** A ce titre, les différents rapports produits par le recourant avec son courrier du 25 janvier 2023 et son recours du 17 avril 2023 ne sont pas à même de jeter le doute sur la valeur probante de l'expertise du centre d'expertises B.\_\_\_\_\_. Ainsi, s'agissant du rapport du 20 janvier 2023, le Dr H.\_\_\_\_\_ se contente de recopier la liste des diagnostics et des antécédents médicaux déjà connus, sans pour autant expliquer les raisons pour lesquelles l'état de santé de son patient s'aggraverait. Dans son rapport du 24 janvier 2023, le Dr I.\_\_\_\_\_ reprend pour l'essentiel le contenu de son précédent rapport du 11 mars 2022, faisant état - à l'instar de la Dre V.\_\_\_\_\_ - du diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il ne se prononce du reste pas sur la capacité de travail du

recourant. Quant au rapport du 14 avril 2023, le service de psychiatrie du centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ fait référence à une hospitalisation pour décompensation anxieuse avec idées suicidaires non scénarisées du 17 au 31 mars 2023. Or ce séjour porte sur une période postérieure à la date du rendu de la décision litigieuse, le 27 février 2023, de sorte que les éléments médicaux mis en évidence - à supposer qu'ils démontrent une péjoration de la situation - ne peuvent pas être pris en compte dans le cadre du présent litige (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**7.** Le recourant soutient qu'il n'est pas en mesure d'exercer une quelconque activité, même adaptée à ses problèmes de santé, en raison de son âge avancé, de son absence de formation professionnelle, de ses difficultés à s'exprimer en français et de ses limitations fonctionnelles. Or, conformément à la jurisprudence, l'âge de la personne assurée, tout comme les lacunes de formation et les difficultés linguistiques, constituent de manière générale un facteur étranger à l'invalidité, lequel n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations (cf. TF 9C\_663/2020 du 11 août 2021 consid. 4.1 et la référence). Une exception à ce principe est envisageable lorsque cette personne se trouve proche de l'âge de la retraite (cf. TF 9C\_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 et la référence), ce qui n'est toutefois pas le cas en l'espèce. Le recourant dispose en outre, d'un point de vue médico-théorique, d'une capacité de travail de 80 % (compte tenu d'un rendement diminué de 20 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles modérées. Partant, il convient d'admettre que le marché du travail est suffisamment diversifié et comprend, dans la production industrielle légère tout au moins, des emplois n'exigeant pas de soulever des charges de plus de 10 kg, de réaliser des mouvements prolongés ou répétitifs en antéflexion ou en rotation du rachis lombaire et de travailler sur ou avec des objets vibrants. Notons encore que la notion de marché du travail équilibré au sens des art. 7 al. 1 et 16 LPGA est une notion théorique et abstraite. Elle ne se rapporte pas aux postes de travail réels, mais aux places de travail exigibles au regard de la situation concrète de la personne assurée, lesquelles sont indépendantes des circonstances conjoncturelles (cf. Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie

générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 21s ad art. 7).

**8. a)** Dès lors que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle, mais qu'il reste capable de travailler à un taux de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il appartient d'évaluer son degré d'invalidité, dans le but de savoir s'il peut prétendre à une rente ou à une mesure de reclassement. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2020 (cf. ATF 129 V 222).

**b)** S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer au dernier salaire annuel réalisé par le recourant auprès de son ancien employeur, soit 70'785 fr. (cf. rapport du 28 mai 2020 de la société X. \_\_\_\_\_ SA). Le revenu avec invalidité, quant à lui, doit être calculé à l'aune des tableaux TA1\_skill\_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1) et ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée (cf. RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Ainsi, selon les données pour l'année 2020, le salaire mensuel auquel pouvaient prétendre les hommes dans des activités manuelles simples était de 5'261 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures cette année-là dans ce secteur d'activités (cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et d'une capacité de travail résiduelle de 80 %, le revenu d'invalidité annuel se monte à 52'652 fr. 10.

**c)** La comparaison d'un revenu d'invalidité de 52'652 fr. 10 à un revenu sans invalidité de 70'785 fr. aboutit à un degré d'invalidité - arrondi - de 26 %, lequel ne permet pas d'ouvrir le droit à une rente d'invalidité, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé par l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. *supra* consid. 4b). C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé d'allouer cette prestation au recourant. Quant au droit à une mesure de

reclassement selon l'art. 17 LAI, cette autorité était également légitimée à le lui nier, quand bien même le degré d'invalidité est supérieur à 20 %. En effet, sur le marché du travail, le recourant dispose de suffisamment d'activités non moins rémunérées que sa précédente de monteur en constructions métalliques, dont l'exercice peut raisonnablement être exigé de sa part au regard de son état de santé et de ses qualifications (cf. TF 9C\_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3).

**9.** Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et par son audition. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 27 février 2023 par l'intimé confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Christian Dénériaz peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 21 juillet 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter

l'indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La liste des opérations ne peut en effet pas être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, le temps consacré par l'avocat-stagiaire de Me Christian Dénériaz aux fins de l'examen du dossier et des recherches juridiques, soit près de 16 heures au total, apparaît excessif.

**e)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de G.\_\_\_\_\_ et provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

**IV.** L'indemnité d'office de Me Christian Dénériaz, conseil de G.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 3'000 fr. (trois mille francs), débours et TVA compris.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Christian Dénériaz (pour G.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :