

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 avril 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Pasche, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 29 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 et 29 al. 1  
LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** F. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], marié et père de deux enfants, est entré en Suisse en novembre 2009 et s'est vu reconnaître le statut de réfugié. Sans formation professionnelle certifiée, il a déployé l'activité de mécanicien dans son pays d'origine, mais n'a exercé aucune activité lucrative en Suisse.

L'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 13 novembre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué avoir été blessé sur tout le côté gauche du corps en 2004 à l'occasion de l'explosion d'une voiture. Était notamment annexé à sa requête un rapport du 12 décembre 2011, émanant de la [...] à l'attention de l'Office fédéral des migrations (ODM, devenu dans l'intervalle le Secrétariat d'Etat aux migrations [SEM]), qui relevait que l'assuré avait fui son pays en raison de tortures subies pendant la guerre. Les diagnostics de status post réduction et ostéosynthèse d'une fracture du fémur gauche, status post fracture du tibia et du péroné gauche traitée conservativement, status post fracture du nez non traitée suite à une explosion en 2004, probable état de stress post-traumatique et hémorroïdes étaient retenus. Un rapport d'une scintigraphie osseuse du 9 septembre 2014 mettant en évidence des troubles dégénératifs modérés sur les deux épaules et sur les deux hanches, ainsi que des séquelles consolidées de fractures des diaphyses fémorale et tibiale gauches était également joint à sa demande.

Selon un extrait du compte individuel AVS du 4 décembre 2014, l'assuré a cotisé en tant que personne sans activité lucrative depuis le mois de décembre 2009.

Par communication du 15 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans la mesure où il avait clairement indiqué ne pas pouvoir aborder les mesures qui lui étaient proposées.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 26 janvier 2015, faisant état de multiples hernies discales depuis 2011 et de « fractures de guerre » avec ostéosynthèse. L'assuré n'exerçait aucune activité rémunérée et n'était, à son avis, capable d'aucune activité.

Par rapport à l'OAI du 27 mai 2015, le Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie auprès du Centre hospitalier AA.\_\_\_\_\_, a mentionné les diagnostics incapacitants d'hépatite C chronique de génotype 4, d'état de stress post-traumatique et de tabagisme chronique actif. Les diagnostics d'immunité acquise contre le virus de l'hépatite B, de status post fracture du fémur gauche ostéosynthésé en 2004 et de status post rhinoplastie étaient en revanche sans répercussions sur la capacité de travail selon ce spécialiste. En l'état, l'hépatite C n'avait toutefois pas de conséquences cliniques pour l'assuré, lequel ne rencontrait aucune contre-indication à l'exercice d'une activité professionnelle du point de vue de la maladie hépatique. Était joint un rapport du 4 mars 2015 du Dr Z.\_\_\_\_\_ posant les mêmes diagnostics.

L'assuré a requis la prise en charge de chaussures orthopédiques par demande de prestations déposée le 9 juin 2015 auprès de l'OAI, lequel y a donné une suite favorable par communication du 18 avril 2016.

Dans l'intervalle et au vu d'un diagnostic de lombalgies et insuffisance segmentaire L5-S1, l'assuré a fait l'objet de blocs facettaires L5-S1 bilatéraux, réalisés le 14 août 2015 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie au sein du Centre [...]. Ce dernier a signalé qu'une nouvelle intervention (pose d'un implant crescent L5-S1 à droite) était prévue le 3 décembre 2015, laquelle justifierait un arrêt de travail total d'une durée de trois mois avant une reprise à 50 %.

Sur recommandation du Service médical régional de l'AI (SMR), un examen rhumatologique a été réalisé le 4 novembre 2015 par le Dr

E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie. Dans son rapport du 12 novembre 2015, ce dernier a retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de lombosciatalgie droite avec aréflexie achilléenne et déficit sensitif S1 sur hernie discale L5-S1 (M54.4), ainsi que d'ancien traumatisme à l'épaule gauche en 2004 avec contusion de la coiffe des rotateurs et fracture de l'humérus ostéosynthésée (ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008 (M75.1)). Les diagnostics de discrètes discopathies cervicales C4-C7 asymptomatiques, d'ancienne fracture du fémur gauche en 2004 ostéosynthésée et consolidée, d'anciennes fractures du tibia et péroné en 2004 consolidées, ainsi que de surcharge pondérale demeuraient sans incidence sur dite capacité. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré était doté d'une capacité de travail entière dès son entrée en Suisse dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis lombaire, du membre inférieur gauche et de l'épaule gauche. Cette capacité était toutefois restreinte dès mai 2015 étant donné la présence d'une hernie discale L5-S1 symptomatique.

Le 15 avril 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a confirmé avoir opéré l'assuré (pose d'un implant crescent L5-S1 à droite), pour qui l'évolution s'avérait favorable en dépit de douleurs controlatérales. La situation devait être clarifiée en présence de signes de Waddell et d'une discordance radio-clinique.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a relaté une situation stationnaire par rapport intermédiaire du 9 janvier 2017, en présence de douleurs « surtout en statique ». Ce spécialiste ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré vu l'importance de ses plaintes, précisant qu'on pourrait s'attendre à une pleine capacité « vu l'âge et l'IRM ».

Selon un rapport initial du 18 mai 2017, une mesure de réadaptation dans un domaine mécanique léger a été proposée à l'assuré et un entraînement à l'endurance devait être mis en place en collaboration avec l'ORIF d'[...]. Ce rapport précisait que la connaissance du français était très limitée et que l'assuré était analphabète.

Selon une note d'entretien du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'assuré a bénéficié de cours de français organisés en 2016 qu'il n'avait pas pu suivre du fait qu'il ne pouvait pas rester assis longtemps, puis à nouveau de janvier à mars 2017 financés par le Centre social régional (CSR).

Il ressort d'un rapport de visite de l'ORIF du 7 juin 2017 que l'admission de l'assuré ne pouvait pas être préavisée favorablement du moment qu'il portait des chaussures orthopédiques et que l'accès des locaux était interdit aux personnes ne portant pas de chaussures de sécurité.

Selon une note d'entretien du 28 août 2017 avec la Dre M.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitante, l'assuré a développé une neuropathie périphérique sévère à la jambe droite rendant impossible la station debout et assise même pour deux heures. Selon elle, il était prématuré d'aller de l'avant avec des mesures de réinsertion. Aussi, le mandat REA a été fermé et l'instruction médicale s'est poursuivie.

Après sollicitation du SMR, l'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique complémentaire de l'assuré. Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, a procédé à cet examen au SMR le 28 février 2018 et rédigé son rapport le 14 mars 2018. Il a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques, non déficitaires, sur un status post cure de hernie discale L5-S1 droite avec récurrence de même niveau, et de status post fracture du fémur de la jambe gauche, ostéosynthésée, persistance de douleurs mécaniques, vraisemblable parésie du tibial antérieur gauche. Demeurait sans influence sur la capacité de travail un antécédent de fracture de l'humérus gauche, avec bonne évolution post-opératoire. En complément à l'évaluation du Dr E.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail de 75 %, recouvrée dès le 15 avril 2016 dans une activité adaptée, ménageant le rachis lombaire et le membre inférieur gauche.

Fondé sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 75 % selon les conclusions du SMR, l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré le 13 septembre 2018. Il a mis en évidence un degré d'invalidité de 25 % par comparaison des revenus avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques.

Par communication du 1<sup>er</sup> octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré que les conditions d'une aide au placement étaient remplies et que du moment qu'il était réadaptable il n'avait pas droit à une rente selon projet de décision du même jour.

L'assuré a contesté ce projet le 16 octobre 2018 en indiquant être traité par un psychiatre au vu d'une situation psychologique devenue si « fatiguée » et a transmis un rapport du Dr U.\_\_\_\_\_, médecin au sein du Groupe [...], posant les diagnostics d'hépatite C chronique de génotype 4, d'immunité acquise contre le virus de l'hépatite B avec anti HPS protecteur, d'état de stress post-traumatique, de status post fracture du fémur gauche ostéosynthèse en 2004, de status post rhinoplastie et de tabagisme actif chronique. Il a également fait parvenir à l'OAI l'intégralité des pièces médicales en sa possession, pour la plupart déjà versées à son dossier. Etaient annexés quelques nouveaux documents, à savoir l'historique des consultations au sein du Centre hospitalier AA.\_\_\_\_\_ entre avril 2012 et septembre 2013, les différents rapports d'imagerie et les rapports consécutifs à des infiltrations réalisées au sein du Centre de la Douleur de [...] en 2015.

Par courrier du 28 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré que le volet relatif à l'aide au placement allait être fermé du moment qu'il avait indiqué être toujours en totale incapacité de travail et ne pas être apte à entreprendre des démarches de recherches d'emploi. Il a précisé qu'une nouvelle demande d'aide au placement pourrait toujours être déposée dans le futur par un simple courrier.

Par courrier non daté, l'assuré a communiqué un certificat établi le 27 novembre 2018 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui relatait l'absence d'aggravation arthrosique du genou gauche et la consolidation des fractures, tout en confirmant des limitations fonctionnelles à la marche. En outre, un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie, du 30 novembre 2018, indiquait que l'assuré bénéficiait d'un traitement antiviral pour une durée de 8 semaines du fait de l'hépatite C avec une bonne tolérance. L'assuré précisait vouloir déposer ultérieurement un rapport de son psychiatre traitant.

L'OAI a repris les termes de son projet de décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018 dans une décision du 11 février 2019 et a nié le droit de l'assuré à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles, du moment que son degré d'invalidité s'élevait à 25 %. Par courrier du même jour, l'OAI a pris position sur les objections de l'assuré et a notamment constaté que celui-ci n'avait produit aucun rapport d'un psychiatre en dépit de ce qu'il avait annoncé.

**b)** Par acte du 1<sup>er</sup> mars 2019, l'assuré a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en produisant un rapport établi le 27 février 2019 par le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...]. Ce praticien signalait que sa prise en charge avait débuté le 29 octobre 2018, à raison de deux séances mensuelles. Il retenait les diagnostics de phobie sociale, de trouble mixte, anxieux et dépressif et d'état de stress post-traumatique depuis 2004. La capacité de travail était à son sens nulle dans toutes activités depuis 2004, respectivement depuis l'arrivée en Suisse de son patient. Il mentionnait les limitations fonctionnelles suivantes : troubles sévères de la mémoire et de la concentration, irritabilité et réaction agressive aux provocations et phobie sociale.

Par arrêt du 2 juin 2020 (cause AI 100/19 - 170/2020), la Cour de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruire le volet psychique.

**B.** Selon un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2020 du Dr H.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré était indéterminée et son état était a priori stable. Il a toutefois précisé que le dossier était insuffisant pour donner son avis et que l'assuré n'était plus venu aux consultations « physiques » depuis 2018.

Dans un rapport du 6 juillet 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hépatite C chronique de génotype 4, d'immunité acquise contre le virus de l'hépatite B avec anti HPS protecteur, d'état de stress post-traumatique, de status post fracture du fémur gauche ostéosynthèse en 2004, de status post rhinoplastie et de tabagisme actif chronique et a indiqué que l'assuré ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle.

Dans un rapport du 9 juillet 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné l'apparition de douleurs sus-patellaire du genou gauche à la marche et qu'un nouveau bilan radiologique avait montré une dégradation arthrosique débutante fémoro-tibiale interne bilatérale prédominant à droite. Il a également indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marches prolongées, pas de marches en terrain irrégulier, pas de montées ou de descentes répétées d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages et pas de travaux accroupis ou à genoux.

Par rapport du 15 juillet 2020 adressé à l'OAI, la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F40.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Elle a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire sans amélioration de sa symptomatologie psychique, ni de ses crises de panique qui provoquaient toujours des troubles sévères du sommeil, des cauchemars de guerre et des flashbacks causant un épuisement durant le jour, de l'irritabilité et de la nervosité avec sa femme et ses enfants. Elle a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité et retenu des limitations fonctionnelles à cause de l'épuisement psychique, de l'irritabilité, de la nervosité, de la perte de

patience et de l'inadaptation à la dégradation de son état physique et psychique.

Dans un rapport du 6 mai 2020 indexé le 7 août 2020 par l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, de status post TLIF (transforaminal lumbar interbody fusion : fusion de vertèbres (arthrodèse) lombaire transpédiculaire) avec cage stand-alone en 2015, de sciatalgies droites type S1 avec signes de dénervation chronique et aiguë de S1 à droite, de probable irritation radiculaire S1 droite et de probable pseudarthrose L5-S1.

Par avis du 23 novembre 2020, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, un volet neurochirurgical et un volet orthopédique.

Par avis du 25 novembre 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, a indiqué qu'il était possible de remplacer le volet neurochirurgical par un volet neurologique du moment qu'un tel avis pouvait également renseigner sur l'importance d'une atteinte neurologique de type neuropathique de la racine S1.

Le mandat d'expertise a été confié au Centre d'expertises T.\_\_\_\_\_, respectivement aux Drs L.\_\_\_\_\_, médecin praticien, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Les experts du T.\_\_\_\_\_ ont vu l'assuré les 8, 13 et 18 octobre 2021 puis ont déposé un rapport d'expertise le 4 janvier 2022, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence du 24 novembre 2021), quatre expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de « Lombalgies basses chroniques, M54.56, M51.9 et douleurs membres inférieurs, en particulier cuisse gauche et jambe droite, M79.65, M79.66 avec traumatisme par

explosion d'une bombe en 2004 avec fracture de l'humérus gauche ostéosynthésée par plaque en 2004, infection ayant nécessité l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2008, fracture du fémur gauche ostéosynthésée en 2004 par plaque, fracture jambe gauche ostéosynthésée en 2004 par fixateur externe, selon description de l'expertisé. Intervention du 03.12.2015 : hémilaminectomie L5-S1, discectomie et implantation d'une cage pour hernie discale L5-S1 », de « status après intervention lombaire pour hernie discale L5-S1 droite, M51.9, avec hémilaminectomie L5-S1 droite, discectomie pour cure de hernie discale avec stabilisation au moyen d'un implant Crescent le 03.12.2015. Les suites sont marquées par des troubles de type sensations électriques dans les orteils et troubles de la sensibilité dans la jambe droite à prédominance nocturne, légère faiblesse du pied droit ainsi que des lombalgies persistantes. Failed back surgery syndrome ? », de trouble anxieux, sans précision, F41.9, d'hépatite C chronique traitée et probablement guérie, K73.9, de status après fracture du nez, de status après désobstruction des canaux spermatiques bilatéraux en 1999 en Irak, de gastrite avec Helicobacter pylori positifs et éradiqués et de surcharge pondérale. Ils ont également indiqué sous la rubrique « constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles » une irritabilité et intolérance à la frustration et qu'il était souhaitable que l'assuré travaille seul, dans une activité peu stressante, ne nécessitant pas de prise de décision immédiate ni de traitement simultané d'informations multiples sous peine d'accentuer l'aspect anxieux. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % depuis 2004, date de son traumatisme en Irak. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % à partir de 2012, date où l'assuré a été autorisé à travailler en Suisse, jusqu'au 10 mai 2015, de 0 % dès le 11 mai 2015, date de l'IRM montrant l'hernie discale L5-S1, et de 75 % depuis le 15 avril 2016. Ils ont précisé que l'incapacité de travail globale était de 25 % depuis le 15 avril 2016 pour des raisons neurologiques et orthopédiques.

Dans un avis du 28 février 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, a préconisé que l'expert psychiatre soit réinterrogé afin

de clarifier si l'assuré présentait une atteinte à la santé psychique avec incidence sur la capacité de travail.

Dans un complément du 4 avril 2022, l'expert W.\_\_\_\_\_ a expliqué ce qui suit :

*« 1. Compte tenu de la description de l'anamnèse en page 9 et de la remarque figurant à la fin du premier alinéa sous point 8 : Est-ce que vous reprenez l'existence d'un état de stress post-traumatique ?*

A la relecture de notre dossier, il apparaît des éléments, qui, effectivement, peuvent entraîner une certaine confusion. De ce fait, en reprenant le dossier, l'anamnèse, et l'examen clinique, nous considérons que l'expertisé a présenté un état de stress post-traumatique, il y a de nombreuses années. Il a présenté des flashs diurnes, des cauchemars, ainsi qu'une hypervigilance. Ces éléments ont disparu. Il présente en revanche des éléments anxieux différents. Donc, la réponse est clairement non, l'expertisé ne présente plus d'état de stress post-traumatique. La phrase en question 8: *l'état de stress post-traumatique n'entraîne pas d'évitement*, est fautive, et doit être la suivante : *l'antécédent d'état de stress post-traumatique n'entraîne plus d'évitement*.

*2. Si non : Pour quelles raisons ?*

Avec le temps, l'expertisé a gardé une tension anxieuse, une certaine irritabilité, mais il ne présente plus les éléments typiques d'un état de stress post-traumatique. Il ne présente plus d'hypervigilance, de flashs diurnes, de cauchemars récurrents. Les éléments résiduels ne permettent pas de caractériser une modification durable de personnalité comme nous l'avons dit.

Nous considérons que l'expertisé n'a pas présenté d'état de stress post-traumatique par suite de l'explosion de la bombe, car il n'a pas eu de syndrome dissociatif, de réelle conscience de l'événement. En revanche, les autres événements traumatiques vécus ont eu comme répercussion un état de stress post-traumatique par le passé, qui a disparu avec le temps.  
(...)

*5. S'il n'y a pas d'atteinte à la santé psychique avec répercussion sur la capacité de travail : Comment est-ce que les limitations mentionnées en page 5 et 12 s'expliquent ?*

Nous considérons que le trouble anxieux est une atteinte à la santé psychique avec répercussion sur la capacité de travail, en général, mais qu'elle n'a pas de répercussions sur la capacité de travail habituel, car cette dernière respecte les limitations fonctionnelles.

*6. Est-ce que ces limitations engendrent une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée ?*

Elle n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. (...) »

Dans un avis du 20 avril 2022, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin praticien au SMR, a considéré qu'après complément d'information, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise et de son

complément qui rejoignaient l'analyse de l'examen clinique SMR du 28 février 2018.

Par projet de décision du 25 avril 2022, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel du moment qu'il présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de position en porte-à-faux, accroupi ou à genoux, pas de port de charge de plus de 3 kg, pas d'activités à hauteur d'épaules et au-dessus de la main gauche, activité peu stressante ne nécessitant pas de prise de décision immédiate, ni de traitement simultané d'informations multiples.

Le 2 mai 2022, l'assuré a fait part de ses objections sur le projet de décision précité et a notamment transmis un rapport du 18 février 2020 du Dr D. \_\_\_\_\_ concluant à une stase alimentaire gastrique sans obstacle et érosions fundiques non hémorragiques et un rapport du 9 janvier 2020 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de douleurs électrisantes de l'avant du pied droit sur probable irritation radiculaire S1 droite.

Par décision du 7 juin 2022 confirmant son projet du 25 avril 2022, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assuré.

**C.** Par acte du 8 juillet 2022, F. \_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a également requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, il a contesté sa capacité de travail résiduelle fixée à 75 % dans une activité adaptée reprochant aux experts de ne pas avoir tenu compte des limitations fonctionnelles du

registre psychique (irritabilité, intolérance à la frustration et nécessité d'une activité solitaire). S'en prenant à la valeur probante de l'expertise, sous un grief d'instruction insuffisante, le recourant a fait valoir qu'un volet neurochirurgical et non uniquement neurologique aurait dû être diligenté, la simple difficulté à trouver un tel expert dans un centre d'expertise n'étant pas recevable. Il a également fait valoir que tant l'expert orthopédique que l'expert neurologue avaient retenu une baisse de rendement de 25 % dans leur domaine spécifique alors que l'évaluation consensuelle ne retenait que 25 % d'invalidité pour des raisons tant neurologiques que orthopédiques, ce qui était mathématiquement erroné. Le recourant s'est aussi plaint du fait que la conférence consensuelle avait eu lieu avant la reddition des rapports spécifiques de chaque spécialité en sorte que les experts avaient discuté sans connaître le travail de leurs confrères, ce qui expliquait l'absence de cohérence de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. S'agissant plus particulièrement de l'évaluation psychiatrique, le recourant a argué du fait que les critères de l'ATF 141 V 281 n'avaient pas été examinés en lien avec l'existence d'un trouble somatoforme, que l'expert n'avait pas pris la peine d'échanger avec son psychiatre traitant et qu'il n'avait pas discuté de l'existence d'un stress post-traumatique. Le recourant a encore contesté le refus de mesures professionnelles rappelant qu'il n'avait pas pu se rendre à l'ORIF pour des raisons médicales et de sécurité. Enfin, le recourant a indiqué qu'un abattement de 25 % devait être pris en compte sur le revenu avec invalidité en raison de ses faibles connaissances du français, de son absence de formation professionnelle, de ses limitations fonctionnelles psychiques et de sa capacité de travail à temps partiel pour un homme.

Aux termes d'une décision du 11 juillet 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 juillet 2022 sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires et de l'assistance de Me Carré, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 18 août 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse en indiquant n'avoir rien à reprocher aux rapports d'expertise ayant fondé sa décision. Il a également indiqué qu'une aide au placement avait été proposée mais qu'une telle mesure ne pouvait cependant être mise en place qu'en cas d'aptitude subjective à la réadaptation professionnelle, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Répliquant le 22 septembre 2022, le recourant a argué du fait que les atteintes somatiques n'avaient pas été suffisamment discutées, notamment ses troubles gastriques, la latence d'une hépatite C et la présence de troubles dégénératifs modérés sur les deux épaules et les deux hanches révélés par un examen de scintigraphie osseuse du 9 septembre 2014. S'agissant du stress post-traumatique, ce diagnostic a été écarté sans véritable argumentation. Le recourant a encore fait valoir que l'invalidité aurait dû être établie dès les symptômes apparus en 2013 ouvrant ainsi le droit à des prestations dès 2014. Pour lui, il était incompréhensible que les experts aient retenu une incapacité de travail totale jusqu'à mi-avril 2016 qui se serait ensuite miraculeusement interrompue alors que c'est une invalidité jusqu'en février 2018 au moins qui aurait dû être prise en compte. Le recourant a également fait état d'une incohérence entre le fait que le Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR ait retenu une capacité de travail de 75 % sur le plan rhumatologique tout comme les experts du T. \_\_\_\_\_ alors que ceux-ci étaient censés s'être penchés à quatre sur la situation globale en vue d'embrasser toutes les composantes des atteintes de santé invalidantes et non uniquement celles relevant de la rhumatologie.

L'échange d'écriture s'est poursuivi jusqu'au 9 février 2023, les parties restant sur leur position, le recourant requérant en outre la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment un volet neurochirurgical.

Par courrier du 22 septembre 2023, le recourant a transmis un rapport du 21 septembre 2023 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie

et psychothérapie, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble d'anxiété généralisé (F41.1) et attestant une incapacité de travail à 100 % au moins depuis le 16 janvier 2023.

**E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, est litigieux le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel du recourant.

**3. a)** 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.

**b)** En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 7 juin 2022, fait suite à une demande de prestations déposée le 13 novembre 2014. Un éventuel droit à une rente prendrait ainsi naissance au terme du délai de carence de six mois (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1<sup>er</sup> mai 2015, très largement avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. A cet égard, on relèvera que l'argument du recourant selon lequel l'invalidité aurait dû être établie dès les symptômes de 2013 lui ouvrant un droit à des prestations depuis 2014 est dès lors d'emblée infondé.

**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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux 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 (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 LPGGA).

**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 citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**e)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362

consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

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

**6.** Pour faire suite à l'arrêt de renvoi du 2 juin 2020 de la Cour de céans, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire sur laquelle il s'est ensuite fondé pour rendre la décision du 7 juin 2022. Le recourant a contesté la valeur probante de cette expertise pour divers motifs qu'il convient dès lors d'examiner.

**a)** Sur le plan formel, le recourant s'est plaint du fait que la conférence consensuelle avait eu lieu avant la reddition des rapports spécifiques de chaque spécialité en sorte que les experts avaient discuté sans connaître le travail de leurs confrères, ce qui expliquait l'absence de cohérence de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il a également pointé le défaut de volet neurochirurgical et l'absence de signatures des experts sur l'évaluation consensuelle.

**aa)** S'agissant de l'absence d'un volet neurochirurgical, il y a tout d'abord lieu de constater que l'arrêt de la Cour de céans du 2 juin 2020 a renvoyé la cause pour un complément sous l'angle psychique, et non somatique, et qu'un volet neurochirurgical n'était ainsi pas obligatoire. Ensuite, si le Dr P. \_\_\_\_\_ a, par avis du 23 novembre 2020, préconisé la mise en œuvre d'un volet neurochirurgical, il a ensuite indiqué, par avis du 25 novembre 2020, qu'une expertise neurologique pouvait également renseigner sur l'importance de l'atteinte et des limitations fonctionnelles corrélatives. A cette époque, le recourant n'a pas réagi, à tout le moins, il ne s'en est pas plaint. Quoi qu'il en soit, les indications du SMR n'étant que des recommandations, le recourant ne saurait en tirer une quelconque obligation pour l'intimé de mettre en œuvre un volet neurochirurgical. A cet égard, on relèvera qu'un volet de médecine interne a été ajouté alors que le Dr P. \_\_\_\_\_ n'en avait pas fait état dans son avis du 23 novembre 2020 confirmant ainsi que l'intimé restait libre de mettre en œuvre l'expertise comme il l'entendait, dans le respect des termes de l'arrêt de renvoi du 2 juin 2020. Il ressort en outre de l'expertise neurologique que l'expert a pu se prononcer sur les atteintes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant, ne laissant à un neurochirurgien que la question d'une réintervention sur segment lombaire. Ainsi, au vu de l'expertise neurologique complète, l'OAI pouvait, par administration anticipée des preuves, renoncer à un examen neurochirurgical.

**bb)** Le recourant a également fait valoir que le rapport de chaque expert était daté du 4 janvier 2022 alors que la conférence consensuelle avait eu lieu le 24 novembre 2021. Selon lui, la procédure d'expertise ne se serait pas déroulée dans un ordre logique permettant aux experts de prendre connaissance du travail des uns et des autres. On constatera que les experts ont examiné le recourant les 8, 13 et 18 octobre 2021, à savoir avant la conférence consensuelle, et étaient donc en mesure de discuter de leurs observations et de leurs conclusions au mois de novembre 2021. La phase écrite des rapports intervient ensuite, après les examens cliniques et la discussion entre tous les experts, afin que chaque volet puisse tenir compte des autres spécialités. Enfin, si les

experts ont tous signé leur propre expertise, force est de constater que l'évaluation consensuelle ne comporte aucune signature. Il n'y a toutefois aucune raison de douter que le rapport d'évaluation consensuelle a bien été élaboré par tous les experts. Il ne s'agit en outre que d'un élément purement formel, qui ne permet pas de se positionner quant au contenu des rapports considérés. A cet égard, on rappellera, du reste, que seul le contenu d'un rapport médical est déterminant pour juger de sa valeur probante (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

**b)** Au niveau somatique, la Cour de céans a constaté, dans son arrêt de renvoi du 2 juin 2020 (cf. CASSO AI 100/19 - 170/2020), que l'état de santé du recourant, qui avait été instruit à satisfaction de droit, permettait l'exercice d'une activité lucrative adaptée au taux de 75 % à compter de son entrée en Suisse au plus tard, sous réserve d'un intervalle de moins d'un an d'incapacité totale entre le 1<sup>er</sup> mai 2015 et le 15 avril 2016. L'expertise du T.\_\_\_\_\_ ne permet pas d'arriver à une autre conclusion. En effet, l'expert B.\_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics de lombalgies basses chroniques et douleurs des membres inférieurs, en particulier cuisse gauche et jambe droite, a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée de 2012 au 10 mai 2015, puis de 0 % du 11 mai 2015, date de l'IRM montrant une hernie discale L5-S1 au 14 avril 2016 et enfin de 75 % depuis le 15 avril 2016, date indiquée par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 14 mars 2018. Contrairement à ce qu'a mentionné le recourant, l'expert B.\_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une quelconque aggravation des troubles dégénératifs des épaules ou des hanches. A cet égard, on relèvera que le recourant s'est limité à « supposer que s'agissant de troubles dégénératifs sur de telles articulations les atteintes auront progressivement empiré, et non le contraire, vu le temps écoulé » (p. 2 de la réplique du 22 septembre 2022). L'expert L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a attesté une pleine capacité de travail dans une activité sans limitation, ni handicap. Quant à l'expert V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, il a attesté une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 25 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port

de charge au-delà de 10 kg, pas de porte-à-faux ou rotation du bassin, possibilité de changer de position régulièrement, éviter de se pencher en avant, de monter sur une échelle, de marcher sur des terrains irréguliers et de descendre les escaliers.

S'agissant de l'argument du recourant selon lequel le débat n'avait pas suffisamment porté sur certaines atteintes somatiques, notamment les troubles gastriques et la latence d'une hépatite C (p. 1 de la réplique du 22 septembre 2022), ce dernier perd de vue que ces aspects ont déjà été examinés et jugés suffisamment instruits dans le cadre de l'arrêt de renvoi du 2 juin 2020. Il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir, le recourant n'établissant en outre aucune péjoration de son état. A cet égard, on relèvera que l'expert L.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'hépatite C était traitée et probablement guérie (p. 26 du rapport d'expertise du 4 janvier 2022). Quant aux troubles gastriques, l'expert a indiqué retrouver dans le dossier une gastrite à *Helicobacter pylori* positive qui avait été éradiquée et dont le recourant n'avait pas parlé pendant l'entretien (p. 27 du rapport d'expertise du 4 janvier 2022). Enfin, on relèvera que le recourant a produit, à l'appui de sa contestation du projet de décision du 25 avril 2022, un rapport du 9 janvier 2020 du Dr K.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de douleurs électrisantes de l'avant du pied droit sur probable irritation radiculaire S1 droite. Force est toutefois de constater que le Dr V.\_\_\_\_\_ a tenu compte de ces douleurs (pp. 31 et 32 du rapport d'expertise du 4 janvier 2022). En définitive, les pièces figurant au dossier, en particulier les rapports des Drs S.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ des 6 mai, 1<sup>er</sup>, 6 et 9 juillet 2020, ne mettent pas en évidence une éventuelle aggravation survenue depuis l'arrêt du 2 juin 2020 ou l'expertise du T.\_\_\_\_\_ qui justifierait que la capacité de travail du recourant soit réexaminée au niveau somatique.

On relèvera encore ici que l'argument du recourant selon lequel les conclusions générales de l'expertise étaient erronées sur le plan strictement mathématique dès lors que les experts V.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ retenaient chacun une capacité de travail de 75 % alors que l'évaluation consensuelle ne retenait au final que 25 % d'invalidité n'est pas pertinent.

En effet, lorsqu'un assuré souffre de plusieurs atteintes à la santé, le degré d'incapacité de travail résultant des divers empêchements doit faire l'objet d'une appréciation médicale globale. Il ne peut être établi en partant d'une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant des empêchements fonctionnels et des atteintes à la santé pris séparément (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1218 p. 337; cf. également TF 8C\_117/2009 du 30 octobre 2009 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Au cas d'espèce, il s'ensuit que les incapacités de travail retenues sur les plans orthopédique et neurologique ne peuvent se cumuler de quelque manière que ce soit. A cet égard, on constatera que l'expert B.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 75 % sans baisse de rendement alors que l'expert V.\_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 25 %. On relèvera finalement qu'on ne saurait trouver un quelconque fondement à l'argument du recourant selon lequel le fait de retrouver la même capacité de travail dans l'expertise du T.\_\_\_\_\_ que dans l'examen clinique du Dr J.\_\_\_\_\_ du 28 février 2018 signifierait que seules les atteintes rhumatologiques ont été prises en compte.

**c)** Sur le plan psychique, le recourant a reproché aux experts de ne pas avoir tenu compte de ses limitations fonctionnelles dans ce registre (irritabilité, intolérance à la frustration et nécessité d'une activité solitaire). Il a également fait valoir que l'expert psychiatre n'avait pas examiné le trouble somatoforme douloureux au regard des critères de l'ATF 141 V 281, qu'il n'avait pas pris la peine d'échanger avec son psychiatre traitant et qu'il n'avait pas discuté de l'existence d'un état de stress post-traumatique.

**aa)** L'expert psychiatre a tout d'abord effectué une anamnèse étendue établie sur la base de son entretien avec le recourant qu'il a notamment interrogé sur ses habitudes de vie, ses traitements et déroulement d'une journée habituelle (ch. 3) et a ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de son examen (ch. 4). Il a posé le diagnostic de trouble anxieux sans précision (F41.9) tout en explicitant

pour quel motif il s'écartait des diagnostics retenus par les Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 27 février 2019 et 15 juillet 2020), à savoir les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de stress post-traumatique. S'agissant du syndrome de stress post-traumatique, si les Drs Z.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 4 mars, 27 mai 2015, 16 octobre 2018 et 6 juillet 2020) ont retenu ce diagnostic, on constatera déjà que ces deux médecins ne sont pas psychiatres. Ensuite, l'expert W.\_\_\_\_\_ a été spécifiquement réinterrogé sur la question du syndrome de stress post-traumatique et a expliqué, dans son complément du 4 avril 2022, que le recourant avait présenté un état de stress post-traumatique il y a de nombreuses années avec des flashes diurnes, des cauchemars et une hypervigilance. Ces éléments avaient cependant disparu et le recourant présentait maintenant des éléments anxieux différents. L'expert a précisé que le recourant avait gardé une tension anxieuse et une certaine irritabilité mais sans les éléments typiques d'un état de stress post-traumatique. Ainsi, il y a lieu de constater que les divergences avec le psychiatre traitant ont été expliquées de manière claire et étayée. A cet égard, on relèvera que la critique du recourant sur le fait que l'expert n'avait pas pris contact avec le Dr G.\_\_\_\_\_ tombe à faux dès lors qu'une telle obligation ne résulte ni de la loi, ni de la jurisprudence (TF 9C\_94/2016 du 13 octobre 2016 consid. 3.2). Enfin, le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2023, outre le fait qu'il ne fait pas état d'éléments médicaux nouveaux, ne saurait être pris en compte du moment qu'il ne suit le recourant que depuis le 16 janvier 2023, à savoir postérieurement à la décision du 7 juin 2022 (cf. consid. 5e *supra*).

**bb)** S'agissant de l'absence de l'évaluation d'un trouble somatoforme douloureux à l'aune des indicateurs jurisprudentiels en matière d'affections psychiques, d'affections psychosomatiques et de syndromes de dépendance à des substances psychotropes, on constatera que l'expert W.\_\_\_\_\_ a exclu un tel trouble. En effet, il a expliqué ne pas retenir de trouble somatoforme du moment que le recourant ne présentait pas de recherche de position de victime ou de dramatisation et que les douleurs pouvaient partiellement être expliquées par un substrat organique sous-jacent. Ainsi, un examen du caractère incapacitant de ce

trouble au regard des indicateurs ne se justifiait précisément pas. Le fait que le recourant a considéré comme insuffisants les motifs pour ne pas retenir un diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est pas pertinent quant à l'usage ou non de la grille d'évaluation de l'ATF 141 V 281. Enfin, on relèvera que le recourant n'a pas rendu vraisemblable qu'un médecin aurait posé un diagnostic invalidant de trouble somatoforme douloureux, les Drs C.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ n'ayant pas posé ce diagnostic (cf. rapports des 27 février 2019 et 15 juillet 2020), pas plus que le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 septembre 2023.

**cc)** Le recourant a encore reproché aux experts de ne pas avoir tenu compte des limitations fonctionnelles du registre psychique (irritabilité, intolérance à la frustration et nécessité d'une activité solitaire) sur la capacité de travail. Force est cependant de constater que, selon les experts, les limitations précitées n'ont pas d'influence sur la capacité de travail du recourant mais doivent uniquement être prises en compte comme ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles. L'expert W.\_\_\_\_\_ ayant considéré que l'activité habituelle respectait les limitations fonctionnelles et que la capacité de travail avait toujours été de 100 % d'un point de vue psychiatrique, il y a lieu de considérer que les limitations fonctionnelles du point de vue psychique ont été prises en compte.

**d)** Sur le vu des éléments qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur l'expertise du T.\_\_\_\_\_ pour considérer que le recourant disposait d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**7.** La question de la capacité de travail étant tranchée, il convient d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le

handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**b)** Dans le cas d'espèce, l'OAI a calculé les revenus avec et sans invalidité sur la base des salaires statistiques ressortant de l'ESS 2016. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. aussi considérant 4b *supra*) depuis l'incapacité de travail du recourant en lien avec la présence d'une hernie discale en mai 2015, c'est à bon droit que l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2016. De plus, le recours aux données statistiques n'est pas critiquable du moment que le recourant n'a pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse en 2009. On constatera cependant que l'OAI a, dans son calcul du salaire exigible du 13 septembre 2018, pris en compte un montant de 5'357 fr. tout en se référant au TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, pour l'année 2016. Or, le montant indiqué dans l'ESS 2016 pour ce niveau de compétence est de 5'340 fr. qu'il convient en l'occurrence de retenir et d'adapter à l'horaire de travail usuel (41,7 heures, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine). Le revenu sans invalidité du recourant s'élève ainsi à 66'803 fr. 40  $[(5'340 \times 41,7)/40] \times 12$ . Quant au revenu avec invalidité, il y a lieu de prendre en compte une capacité de travail de 75 % et de le fixer à 50'102 fr. 55  $[(5'340 \times 41,7)/40] \times 12 \times 75 \%$ . La prise en compte d'un montant de 5'340 fr. est toutefois sans incidence sur le taux d'invalidité, lequel demeure de 25 %. Ainsi, la décision de l'intimé doit être confirmée sur ce point.

**c)** Le recourant a fait valoir qu'un abattement de 25 % devait être pris en compte sur le revenu avec invalidité en raison de ses faibles connaissances du français, de son absence de formation professionnelle, de ses limitations fonctionnelles psychiques et de sa capacité de travail à temps partiel pour un homme.

Selon la jurisprudence, lorsque les limitations fonctionnelles justifient une diminution de rendement déjà prise en compte dans la fixation de la capacité de travail, il n'y a en principe pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C\_122/2019 du 10 décembre 2019 consid. 4.3.1.2 et les arrêts cités ; cf. également ATF 146 V 16 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; TF 8C\_174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les références), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant étant compatibles avec un grand nombre d'activités légères que recouvrent les secteurs de la production et des services (ESS, niveau de compétence 1) et dont des exemples ont été fournis par l'intimé dans la décision attaquée. S'agissant des limitations fonctionnelles psychiques, à savoir une irritabilité et une intolérance à la frustration, elles n'empêchent pas l'exercice d'une activité simple et répétitive à temps partiel. Ensuite, il y a lieu de relever que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin économique (TF 9C\_373/2019 du 18 juillet 2019 consid. 5.2 et les références). C'est également en vain que le recourant se réfère à ses capacités linguistiques déficientes comme facteur d'abattement dès lors que le niveau de qualification professionnelle déterminant ne nécessite en l'espèce pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. par exemple TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 ; TF 9C\_777/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.3 et TF 9C\_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). Quant au manque de formation invoqué par le recourant, il ne s'agit pas d'un facteur limitant les perspectives salariales admis par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimé n'a opéré aucun abattement sur le revenu d'invalidé.

**d)** On relèvera encore que même si le taux d'invalidité du recourant atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI) ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce au vu de l'absence d'aptitude subjective de réadaptation du recourant (cf. TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1), tout comme d'ailleurs n'importe quelle mesure de réadaptation. En effet, outre le problème en lien avec l'impossibilité du port de chaussures de sécurité à l'ORIF (cf. rapport du 7 juin 2017) et la difficulté de suivre des cours de français (cf. notre entretien du 1<sup>er</sup> juin 2017), le recourant a manifesté à plusieurs reprises son absence d'intention et de souhait de profiter de telles mesures, dûment proposées par l'intimé. La Dre M. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué qu'il était prématuré d'aller de l'avant avec de telles mesures (cf. communication du 15 janvier 2015, entretien téléphonique du 28 août 2017, courrier du 28 novembre 2018). Le recourant n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. Il appert donc que la position de l'OAI s'agissant des mesures de réadaptation peut être confirmée, étant rappelé qu'il a communiqué au recourant, dans la décision entreprise, la possibilité qui lui était offerte de bénéficier d'une aide au placement s'il le désirait, par l'envoi d'un simple courrier.

**8.** Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la mesure d'instruction mentionnée par le recourant dans son écriture du 17 novembre 2022, à savoir une expertise médicale pluridisciplinaire sur mandat de la Cour de céans.

**9. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**c)** Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 4 janvier 2024 qui fait état de 19 heures consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, on notera que l'activité déployée pour la rédaction de la réplique du 22 septembre 2022 dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de ce genre de cas. Au vu de ce qui précède, il se justifie de réduire à 16 heures le nombre d'heures nécessaires au mandat auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 francs. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré doit être arrêtée à 2'880 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 144 fr. (2'880 fr. x 5 %) ainsi qu'une TVA à 7,7 % [les opérations à rémunérer se sont déroulées du 8 juillet 2022 au 22 septembre 2023] sur l'ensemble, soit 232 fr. 85 (7,7 % x 3'024 fr.), pour un total de 3'256 fr. 85 (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]).

**d)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, 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  
(auparavant : le Service juridique et législatif ; 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 7 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 3'256 fr. 85 (trois mille deux cent cinquante-six francs et huitante-cinq centimes), 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 provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour F. \_\_\_\_\_),
- 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 :