

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2014

Présidence de M. MERZ

Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Monod, assesseur

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christophe PIGUET, avocat,
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant éthiopien né en 1967, est entré en Suisse le 6 août 2001 et a déployé diverses activités lucratives dans les domaines des nettoyages et de la conciergerie, de la manutention et de la restauration.

Il est au bénéfice d'une décision d'admission provisoire (livret pour étrangers F) depuis le 5 juillet 2006.

Il a disposé d'un contrat de travail à plein temps en tant qu'employé d'entretien auprès de la société W._____SA dès le 15 août 2007 pour un revenu mensuel de 3'875 fr.

A compter du 21 décembre 2009, il a subi une incapacité totale de travail, dont les conséquences financières ont été indemnisées par X._____SA, assurance perte de gain de son employeur.

Sur incitation de l'assureur précité, il a formulé une requête de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par dépôt du formulaire ad hoc le 13 avril 2010.

Les rapports de travail entre l'assuré et W._____SA ont pris fin le 30 avril 2010, suite à la résiliation communiquée dans l'intervalle par cet employeur.

B. Sur le plan médical, X._____SA a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 5 mai 2010 par les Dresses M._____ et T._____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante auprès de la Policlinique S._____, lesquelles ont assumé la prise en charge de l'assuré à compter du 4 décembre 2009. Elles ont fait état des diagnostics suivants :

- syndrome de stress post-traumatique avec probables symptômes psychotiques ou prépsychotiques et trouble de l'adaptation ;
- sténose pulmonaire congénitale ;
- lombalgies chroniques sans signe de gravité ;
- douleurs des membres inférieurs d'étiologie musculaire probable.

Ces praticiennes ont précisé que le pronostic était réservé, en particulier en lien avec le premier diagnostic évoqué et que le patient bénéficiait d'un suivi régulier, tandis qu'une évaluation psychiatrique était en cours sous suite d'introduction d'un traitement neuroleptique. Elles ont confirmé une incapacité totale de travail survenue dès le 23 décembre 2009 pour une durée indéterminée, et se sont déterminées comme suit sur questions de X. _____ SA :

« [...] **8. Dans quelle mesure vos constatations empêchent-elles l'assuré d'exercer son activité ?**

Compte tenu du trouble psychiatrique, le patient présente des difficultés importantes au niveau relationnel et comportemental sur le lieu de travail. [L'assuré] se plaint par ailleurs de lombalgies et de douleurs au niveau des membres inférieurs l'empêchant d'effectuer des mouvements répétés. Des investigations supplémentaires sont actuellement en cours concernant ses douleurs.

9. Quelles limitations physiques, mentales ou psychiques avez-vous observées ?

Agitation, agressivité verbale, pensées rétrécies et collaboration souvent difficile. Au niveau ostéoarticulaire, aucune limitation relevée. Présence d'une contracture musculaire paralombaire marquée. Palpation musculaire des deux cuisses douloureuse. Status neurologique dans la norme. [...] »

Les Dresses M. _____ et T. _____ ont également complété un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 30 juillet 2010, en collaboration _____ avec _____ le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychotérapie au sein de la Polyclinique S. _____. Les diagnostics ci-après ont été retenus au titre de diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré :

- trouble de la personnalité non spécifié ;
- syndrome de stress post-traumatique chronique ;
- sténose pulmonaire congénitale de degré léger ;
- douleurs lombaires non déficitaires.

D'autres diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, ont été mentionnés :

- HTA [hypertension artérielle] limite ;
- tabagisme chronique ;
- carence en vitamine D ;
- dyspepsie fonctionnelle.

Les médecins de la Polyclinique S._____ ont par ailleurs relaté ce qui suit :

« Patient de 43 ans, en Suisse depuis 2001, actuellement au bénéfice d'une admission provisoire et dans l'attente d'un permis B dans un contexte humanitaire. En Éthiopie, après avoir occupé un poste d'officier dans l'armée, il a vécu plusieurs années de tortures et d'emprisonnement. Il est parvenu à s'échapper de prison et a fui son pays pour finir par arriver en Suisse. [...]

[L'assuré] est suivi de manière itérative à la Polyclinique S._____ depuis septembre 2003. Un suivi régulier a été instauré début décembre 2009. Un suivi psychiatrique à l'Association U._____ a été interrompu par le patient début 2008. Lorsque nous rencontrons le patient en décembre 2009, ce dernier présente une agitation marquée, un contact agressif et un discours aux traits paranoïaques. Il se plaint par ailleurs de lombalgies ainsi que de douleurs au niveau du membre inférieur G non déficitaires. Un traitement antalgique simple est introduit. Le patient exprime par ailleurs une anxiété importante par rapport à sa constitution cachectique et au pronostic d'une sténose pulmonaire congénitale connue.

Sur le plan psychiatrique, un suivi est instauré auprès du Dr B._____, psychiatre de liaison. Un traitement médicamenteux est actuellement envisagé.

Au niveau des lombalgies et douleurs du membre inférieur G, la situation reste stable, sans apparition de critère de gravité. Une consultation à l'unité du rachis est par ailleurs attendue prochainement.

Sur le plan cardiologique, [l'assuré] est adressé à nos confrères cardiologues qui concluent à une sténose pulmonaire congénitale de degré léger ne nécessitant actuellement aucune intervention hormis une prophylaxie de l'endocardite. Un contrôle échocardiographique est par ailleurs nécessaire à distance de 3 ans.

Lors des premières consultations, le patient présente une agitation marquée, ainsi qu'une certaine agressivité. Il évoque de manière répétée un sentiment de persécution relatif aux autorités suisses et à la non reconnaissance des souffrances subies dans son pays. Il se montre très méfiant. Il ne présente pas de trouble formel de la pensée mais ses propos sont souvent vagues, confus et difficiles à suivre. Il nous faudra par ailleurs plusieurs consultations avant de pouvoir préciser l'anamnèse du patient, notamment au niveau légal et social. Au fil des mois, un lien thérapeutique se crée et l'interaction avec [l'assuré] devient plus facile avec la disparition de son attitude agressive. Persistance toutefois de symptômes et signes d'un syndrome de stress post-traumatique.

Au niveau somatique, on trouve un patient avec un poids de 49 kg pour une taille de 171 cm (BMI = 16,5 kg/m²), stable depuis le début de la prise en charge à la Polyclinique S._____. On ne note pas d'œdème des membres inférieurs, pas de turgescence jugulaire, une auscultation cardiaque révélant un B3 ainsi qu'un souffle téléstolique est sp. Le signe de Lasègue est négatif ddc et la distance doigt-sol est à 5 cm. On note par ailleurs une contracture musculaire paralombaire marquée.

[...]

L'incapacité de travail attestée du 23.12.2009 au 5.8.2010 à 100% puis à 50% dès le 6.8.2010 est liée aux difficultés psychiques de [l'assuré] et relève notamment des difficultés relationnelles et du vécu de préjudice liés aux troubles de la personnalité et au syndrome de stress post-traumatique (PTSD). En effet, ce sont des conflits interpersonnels sur son lieu de travail qui ont conduit à l'interruption de son activité professionnelle ; cette situation s'est associée à des manifestations dépressives (irritabilité, perte de l'élan vital, troubles du sommeil et de l'attention, mouvements de désespoir).

Avec la mise en place d'un suivi médico-psychiatrique de soutien, le tableau clinique s'est progressivement amendé. Il persiste aujourd'hui une certaine intolérance à la frustration, une irritabilité et une labilité affective qui sont de nature à diminuer ses chances de retrouver un emploi et de se stabiliser dans une activité professionnelle, sans aller jusqu'à une incapacité de travail complète. Un soutien dans une démarche de réinsertion après plusieurs mois d'inactivité paraît cependant souhaitable, pour maximiser les chances de reprise, le risque d'inactivité durable évoluant à terme vers une invalidité paraissant assez élevé.

[...]

L'activité exercée est encore exigible pour autant qu'il y ait un soutien dans une démarche de réinsertion. [...] »

Les praticiens consultés ont ainsi conclu au recouvrement d'une capacité de travail partielle de 50% dès le 6 août 2010, pour une durée indéterminée, et à la mise en œuvre d'une réinsertion professionnelle.

En date du 8 octobre 2010, la Dresse T._____ a répondu à des questions de l'OAI relatives à l'évolution éventuelle de l'état de santé de l'assuré, attestant de son caractère stationnaire et du maintien pour une durée indéterminée de l'incapacité de travail de 50% prononcée dès le 6 août 2010.

Un rapport intermédiaire a été complété le 23 décembre 2010 à l'attention de l'OAI par la Polyclinique S._____, soit par le Dr B._____ et la Dresse L._____, médecin assistante, lesquels relatent notamment ce qui suit :

«[...] La prise en charge est marquée par les difficultés relationnelles, [l'assuré] étant perçu comme agressif, tendu, revendicateur. C'est dans le contexte d'un arrêt de travail qui se prolonge qu'une évaluation psychiatrique est demandée. Au terme de l'évaluation, [l'assuré] demande à bénéficier d'entretiens réguliers, un suivi est mis en place depuis l'été 2010, qui se révèle un peu chaotique. Un traitement par Trittico est introduit en décembre 2010.

[L'assuré] est tendu, agité, par moments agressif, mais dans l'ensemble collaborant à la prise en charge. La présentation est plutôt soignée, l'hygiène est correcte, il n'y a pas de trouble de la vigilance. Les entretiens ont lieu en anglais, qui n'est pas sa langue maternelle. Les aspects formels de la pensée sont ainsi difficiles à apprécier, mais le discours est souvent vague, confus et difficile à suivre. Le discours a tendance à être un peu rétréci sur l'injustice dont il est victime de la part des autorités suisses. L'humeur est labile, avec des moments d'irritabilité, de tristesse. L'anamnèse ciblée est difficile à effectuer en raison de la barrière linguistique. Il mentionne cependant des troubles du sommeil, de concentration, une irritabilité, des moments de tristesse et de découragement, une fatigue, des douleurs diffuses, le sentiment de devenir fou. Il évoque également des cauchemars, sur lesquels il ne donne pas de détail. Il n'y a pas de symptôme psychotique, même si le discours peut par moment apparaître à la limite du délire de persécution.

Dans l'ensemble, le tableau est marqué par les aspects caractériels qui nous conduisent à retenir un trouble de la personnalité non spécifié. Il faut cependant relever que [l'assuré] a pu travailler durant plusieurs années après son arrivée en Suisse et que dans son pays il semble avoir occupé des postes à responsabilité. Les difficultés relationnelles et affectives qu'il rencontre sont sans doute les manifestations chroniques d'un passé traumatique qui s'accompagne de phénomènes dissociatifs, ainsi que des difficultés d'intégration qu'il rencontre, Il présente ainsi une certaine fragilité psychique, même s'il dispose par ailleurs de certaines ressources intellectuelles. Cette fragilité explique un pronostic fonctionnel plutôt réservé. [...] »

L'incapacité de travail a au surplus été maintenue au taux de 50%, la reprise d'une activité professionnelle étant qualifiée de possible de manière progressive.

En date du 7 février 2011. le Dr V. _____ de la Policlinique S. _____ a indiqué à X. _____ SA que son patient avait repris une activité lucrative de plongeur dans un restaurant à 50% dès le 1^{er} février 2011, ce que l'assuré a confirmé à l'occasion d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI le 6 mai 2011.

Les Drs B._____ et L._____ ont actualisé les données médicales de leur patient par courrier du 15 septembre 2011 sur demande expresse de l'OAI, faisant part d'une situation inchangée en dépit de la « rupture thérapeutique » et mettant en exergue la « chronicité du tableau ». Ils ont précisé ce qui suit :

« [...] Depuis début 2001, [l'assuré] a repris une activité professionnelle (comme nettoyeur) à 50%, ce qui correspond à notre estimation de sa capacité de travail. Comme nous l'évoquions dans notre rapport, cette capacité peut progressivement augmenter à 100% si la réinsertion professionnelle réussit. [...] »

Au cours d'un entretien téléphonique du 7 novembre 2011 avec un collaborateur de l'OAI, l'assuré a signalé la fin de ses rapports de travail, survenue dans l'intervalle, et son recours aux prestations de l'assurance-chômage dès août 2011. Le médecin-conseil du Service de l'emploi, la Dresse H._____, a en outre confirmé une capacité de travail de 50% dans un rapport du 28 novembre 2011 consécutivement à une entrevue avec l'assuré.

La Dresse Z._____, médecin auprès de l'Association U._____ a informé l'OAI de sa prise en charge de l'assuré au niveau psychiatrique depuis le 1^{er} novembre 2011 par téléphone du 12 janvier 2012 et a proposé de compléter un rapport médical à l'adresse de l'administration.

Le 6 février 2012, la Polyclinique S._____, soit le Dr D._____, chef de clinique, et la Dresse K._____, médecin assistante, ont adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI, préconisant une expertise psychiatrique de l'assuré vu les difficultés rencontrées dans le cadre de son évaluation et concluant à la reprise possible d'une activité lucrative au taux de 25%, susceptible d'être augmenté progressivement pour atteindre 50%. Ils ont mis en évidence notamment, sur le plan somatique, les résultats d'un examen rhumatologique effectué en août 2011 requis par la Dresse Q._____, spécialiste en rhumatologie au sein du Centre hospitalier J._____. Cet examen a permis de conclure à des

« lombalgies mécaniques dans un contexte de déconditionnement musculaire important avec importante composante psychosomatique. » Une radiographie a par ailleurs démontré des « ostéophytes de traction intersomatiques pluri-étagés du rachis lombaire avec pincement intersomatique postérieur en D12-L1, L1-L2, L2-L3 », ainsi que des « troubles dégénératifs en L4-L5 et L5-S1 » sans « lésion osseuse, ni fracture-tassement ». Les limitations fonctionnelles consistaient en des restrictions liées au port de charges supérieures à 5kg et au maintien d'une même position, ainsi que des difficultés à respecter les consignes, les règles et les horaires.

La Dresse Z. _____ a fait parvenir son rapport à l'OAI en date du 15 mars 2012, communiquant les diagnostics cités ci-dessous, susceptibles d'entraver la capacité de travail de l'assuré :

- schizophrénie paranoïde ;
- dépendance à l'alcool, actuellement abstinent.

Elle a relaté les constats médicaux suivants :

«Patient anxieux et collaborant. Il est fatigué, a des troubles du sommeil (endormissement tardif et réveils fréquents), des troubles de l'appétit (perte de poids de 12 kg en 12 mois), des troubles de mémoire et de la concentration (oublis fréquents). Il a un discours désorganisé, passe du coq à l'âne, fait des réponses tangentielles. Il a des idées délirantes de persécution (qu'on prend les clés de chez lui par ex.), des angoisses. Il a aussi des idées suicidaires (ne veut pas détailler en raison de sa culture mais il a des attitudes non verbales attestant de leur présence). »

Cette praticienne envisage cependant une possible stabilisation des symptômes psychotiques en cas de traitement médicamenteux régulier et de suivi psychothérapeutique, prononçant en l'état une incapacité totale de travail depuis décembre 2010.

C. Au vu de l'ensemble des éléments médicaux, singulièrement du rapport médical de la Dresse Z. _____ retenant le diagnostic de schizophrénie paranoïde, le Dr G. _____, médecin auprès du Service

médical régional AI (ci-après : le SMR), a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dans un avis du 21 juin 2012, laquelle a été réalisée le 27 septembre 2012 par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par l'intermédiaire d'un interprète de langue tigrinia. Cet expert a établi le rapport corrélatif le

1^{er} octobre 2012, concluant à l'absence de diagnostic psychiatrique influant sur la capacité de travail au terme d'une analyse de la situation comprenant l'anamnèse de l'assuré, la description de ses plaintes et les observations médicales détaillées.

Le Dr F._____ indique notamment ce qui suit :

« [...] La présentation de l'assuré est plutôt négligée, le contact est d'emblée contrôlant, sans barrage, la collaboration est douteuse, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation, le discours est cohérent : on ne retrouve pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée, l'assuré partage le focus d'attention, il est à noter que pendant l'entretien psychiatrique, l'assuré n'adoptera pas de position antalgique.

L'examen psychiatrique du 27 septembre 2012 met en évidence :

- o un moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec des périodes de rire, à plusieurs reprises, partagées avec l'interprète,
- o avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire,
- o avec ruminations existentielles, sans idées noires,
- o sans anhédonie : l'assuré apprécie de s'occuper de son appartement, de faire des promenades, de cuisiner,
- o sans repli social : il déclare des connaissances qui se rencontrent régulièrement,
- o sans perte d'estime de lui-même : il se déclare poli, capable d'intégration, appréciant les contacts,
- o le sommeil serait perturbé par des réveils récurrents, l'appétit serait diminué.

L'examen psychiatrique met aussi en évidence l'existence d'éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crises d'anxiété généralisée, de la lignée obsessionnelle.

Compte tenu du dernier diagnostic proposé de schizophrénie paranoïde, l'ensemble du spectre symptomatique relevant de la psychose, qu'il s'agisse de signes florides, d'une psychose blanche ou d'une symptomatologie schizotypique sera recherché selon les critères OMS et de la CIM-10. Malgré une recherche attentive précise, aucun élément critère-symptôme de ce type de pathologie n'a pu être retrouvé. Il est clair que la présence de l'interprète est

une aide précieuse dans ce type d'examen. L'examen du même type a valu pour la recherche de critère CIM-10 relevant d'un trouble de personnalité. Là aussi, notre recherche s'avère bredouille. Lors de l'examen, l'assuré déclare ne souffrir d'aucune douleur. L'assuré déclare une consommation de tabac à hauteur de 2 à 3 cigarettes par jour, une consommation nulle d'alcool et drogues illicites. [...]

L'examen psychiatrique du 27 septembre 2012 met en évidence :

- o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans tristesse ni irritabilité et à plusieurs reprises échanges de rire avec l'interprète, avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, avec ruminations existentielles sans idées noires, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil perturbé par des réveils récurrents en fonction des douleurs, l'appétit est diminué. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec à raison de 70% du temps, des moments où il se déclare moins bien et s'isole ou sort pour honorer ses rendez-vous et faire des commissions, à raison de 30% du temps, des moments où il sent mieux, sort de chez lui et rencontre ses amis. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré,
- o Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant,
- o Une absence de symptomatologie floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité,
- o L'existence d'un tableau algique anamnétique, sans grande intensité ni détresse.

L'existence d'un tableau algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; l'absence de comorbidité, dans la mesure où l'intensité d'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité et de repli social ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme. De plus, nous ne pouvons envisager une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, dans la mesure où la Dresse Q. _____ précise qu'en date du 08 août 2011 une capacité de travail dans une activité adaptée est entière. Le début de la symptomatologie remonte à août 2010. L'éventuel profit tiré de la maladie est clair, l'assuré ayant insisté sur des raisons extra-médicales de sa symptomatologie et s'insurgeant contre le fait que l'aide fournie par l'EVAM (ex-FAREAS) (300 fr. par mois) n'est pas digne d'une vie.

Enfin, l'échec au traitement ne peut être envisagé, nous nous expliquerons plus bas.

L'ensemble des critères de sévérité de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme.

Pour ce qui concerne les diagnostics psychiatriques jalonnant l'ensemble de ce dossier, nous tenons à préciser :

- o Pour ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique, avec probables symptômes psychotiques ou pré-psychotiques (rapport médical du 05 mai 2010), nous tenons à préciser que ce type de diagnostic n'est étayé par aucun critère CIM-10, qu'il est repris dans d'autres rapports médicaux, au titre d'une histoire relatée par l'assuré et nous précisons qu'il n'y a jamais eu d'interprète de langue tigrinia qui ait participé jusqu'à présent à l'entretien. Lors de notre entretien, l'assuré, en présence de l'interprète, signale tout de même avoir participé à des groupes armés et ayant [commis] des exactions. D'autre part, nous rappellerons que le diagnostic de stress post-traumatique nécessite, selon les critères CIM-10, l'existence d'éléments en faveur d'une anesthésie psychique qui n'est aucunement signalée et l'existence de flash back qui n'est pas signalée non plus et encore moins retrouvée lors du présent examen : il est clair que nous nous éloignerons de ce type de diagnostic,
- o Pour ce qui concerne le trouble de personnalité non spécifié : nous souhaitons rappeler qu'une fois de plus, ce diagnostic n'est pas coté CIM-10, ce qui ne permet pas d'en apprécier l'intensité, aucun critère diagnostic ou diagnostic différentiel n'est proposé dans le rapport du 30 juillet 2010, qui retient ce type de diagnostic. Nous rappellerons qu'un trouble de personnalité corespond à une dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue, déviant de la norme et donnant lieu à une souffrance significative, et qu'un trouble de personnalité grave ayant valeur invalidante, suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la deuxième dizaine d'années de vie, ce qui n'est pas le cas de l'assuré, qui prétend avoir suivi un cycle universitaire à Addis-Abeba. N'ayant pas retrouvé quelque critère CIM-10 anamnestique ou clinique, pouvant nous orienter vers ce type de diagnostic, nous ne pouvons suivre cette appréciation,
- o Pour ce qui concerne le diagnostic de schizophrénie paranoïde, nous voudrions rappeler que malgré différentes consultations psychiatriques, il s'agit de la première constatation de ce type de diagnostic, que paradoxalement aucune hallucination n'est retracée, sans élément habituel du cortège symptomatique de ce type de diagnostic que sont les échos de la pensée, vols de pensée, barrages, pauvreté du discours, les idées de persécution ne sont pas discutées d'un point de vue différentiel, il n'y a aucune prise de distance par rapport au discours de l'assuré et aucune référence aux autres rapports médicaux psychiatriques ; ne constatant aucun critère-symptôme CIM-10 anamnestique ou clinique de ce type de diagnostic (tout comme la Doctoresse K. _____, dans son rapport du 06.02.2012), nous nous éloignerons aussi de cette appréciation.

Nous souhaitons signaler de plus, qu'en fin d'entretien et de façon totalement manipulatoire, l'assuré exprime le fait que nous sommes

le psychiatre le plus attentif qu'il n'ait jamais rencontré, qu'il souhaite nous demander une aide médicale et nous tend deux documents qui sont joints au présent rapport, destinés au permis de naturalisation, et envisageant que l'assuré est de nature joviale et ouverte avec toute nationalité, ce qui surprend tout de même au regard des différents rapports médicaux apparaissant et transmis dans ce dossier. Nous avons évidemment renvoyé l'assuré à sa psychiatre traitant.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 27 septembre 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. »

Fondé sur les conclusions du Dr F._____ et les examens somatiques versés au dossier de l'assuré, le Dr G._____ du SMR a établi son rapport final le 18 octobre 2012, retenant l'absence de tout diagnostic psychiatrique. Il a estimé, au vu des lombalgies chroniques, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins traitants de l'assuré, soit une activité permettant d'alterner les positions, sans mouvements de rotation et flexion du tronc, ni port de charges supérieurs à 10 kg, ce depuis août 2010.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle de l'OAI par communication du 22 octobre 2012. La spécialiste en réadaptation professionnelle de l'OAI n'a cependant pas pu mettre en œuvre cette mesure, l'assuré s'étant déclaré incapable de travailler au cours d'un entretien du 28 novembre 2012. Une comparaison des revenus a en conséquence été effectuée, mettant à jour l'absence de préjudice économique.

Partant, l'OAI a établi un projet de décision le 5 février 2013, prononçant le refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles compte tenu d'un degré d'invalidité nul, que l'assuré a contesté le 19 février 2013 par l'intermédiaire de son mandataire, Me Christophe Piguet.

L'assuré a mis en doute sa potentielle capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que les conclusions du Dr F._____, rappelant que ce dernier ne l'avait rencontré qu'à une seule reprise sans par ailleurs investiguer sa médication, se basant sur une attestation de la Dresse Z._____ du 5 décembre 2012 libellée en ces termes :

« [...] J'ai posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde avec idées délirantes de persécution, de fortes angoisses, un repli social ; actuellement, une hypersomnie, des symptômes négatifs, des troubles du cours de la pensée, que je ne retrouve pas dans l'expertise de mon confrère. La variation symptomatologique me pose question et je considère qu'un troisième avis paraît être nécessaire. [...] »

Sollicité pour détermination, le Dr G._____ du SMR a rappelé, en date du 11 mars 2013, que l'expertise du Dr F._____ remplissait les critères jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante, soulignant notamment l'absence de barrière linguistique entre l'expert et l'assuré du fait de la présence d'un interprète et la due prise en compte du traitement médicamenteux.

Dès lors, l'OAI a confirmé son projet de décision initial par une décision du 19 mars 2013, niant à l'assuré le droit à une rente et à des mesures professionnelles, vu le taux d'invalidité nul mis à jour dans son cas, faute d'un préjudice économique.

D. L'assuré a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de son mandataire du 2 mai 2013, critiquant pour l'essentiel la teneur de l'expertise du Dr F._____ et faisant grief à l'intimé de ne pas avoir investigué plus avant la problématique psychique. Le recourant met en exergue l'avis divergent de sa psychiatre traitante, laquelle a relevé l'absence d'investigations de l'expert en lien avec le traitement médicamenteux suivi par son patient, ainsi que de discussion des symptômes observés par les différents spécialistes ayant assumé sa prise en charge (angoisses et idées de persécution). Par ailleurs, rappelant que le Dr F._____ ne pouvait valablement apprécier la situation après une seule entrevue en dépit de la présence d'un interprète, il observe que ce dernier aurait eu un a priori

négatif à son encontre, ayant été qualifié de manipulateur en méconnaissance des souffrances subies dans son pays d'origine. Il conclut en conséquence à l'admission de son recours, sous suite principalement d'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement de mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique, telle qu'envisagée par la Dresse Z._____. Il a notamment produit une appréciation de cette spécialiste, datée du 19 avril 2013, eu égard au rapport du Dr F._____, lequel n'aurait de son point de vue pas posé les questions adéquates concernant les angoisses, le délire de persécution et les idées noires relatées.

Par réponse du 4 juin 2013, l'intimé a proposé le rejet du recours, réitérant qu'une pleine force probante devait être accordée au rapport du Dr F._____ et se fondant sur un nouvel avis du SMR du 29 mai 2013, joint à sa détermination. Aux termes de ce document, le Dr G._____ rappelle que les expertises sont en général basées sur un examen unique de l'assuré concerné et persiste à considérer que l'expert a investigué la situation à satisfaction, dans la mesure où est évoqué l'ensemble des diagnostics et symptômes relevés par les différents psychiatres ayant prodigué des soins à l'assuré.

Le recourant a répliqué le 21 août 2013, maintenant ses précédentes conclusions, plus particulièrement quant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique vu la divergence des avis spécialisés versés à son dossier.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation

aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

In casu, le recours déposé le 2 mai 2013 contre la décision de l'OAI du 19 mars 2013 a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art 60 al. 2 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Sont litigieux l'appréciation médicale de la situation du recourant et son droit éventuel à une rente d'invalidité, singulièrement la valeur probante accordée par l'intimé au rapport d'expertise du Dr F._____ pour procéder à l'évaluation de l'invalidité.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont

identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

2.2 En l'espèce, le droit à des mesures professionnelles, plus particulièrement à un reclassement professionnel nié par l'intimé à l'issue de la décision litigieuse, n'est pas remis en question par le recourant dans le cadre de la présente procédure. Cet élément, exclu de l'objet du litige, ne sera en conséquence pas discuté par la Cour de céans. A l'inverse, malgré l'absence d'observations du recourant quant à l'évaluation de son invalidité, telle qu'opérée par l'administration, il conviendra d'examiner si l'OAI s'est conformé aux dispositions applicables à cet égard, dite évaluation s'avérant déterminante pour se prononcer sur le droit litigieux à une rente d'invalidité.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une

atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

3.3 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

3.4 Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA précité). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

3.5 Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

4. In casu, l'on rappellera que les médecins traitants en charge du recourant au sein de la Polyclinique S._____ ont posé différents diagnostics, tant du registre physique que psychique, lesquels justifieraient de leur point de vue des restrictions à l'exercice d'une activité lucrative.

4.1 Sur le plan somatique, ces praticiens ont unanimement retenu des « lombalgies » et « une sténose pulmonaire congénitale de degré léger », lesquelles entravent le port de lourdes charges, le maintien d'une position statique prolongée, ainsi que les mouvements de rotation et de flexion du tronc. Ces éléments ne sont remis en question ni par le recourant lui-même, ni par le SMR, qui les a d'ailleurs dûment pris en compte pour considérer que l'activité habituelle du recourant n'était plus

exigible à un taux supérieur à 50%, tout en retenant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Partant, il y a lieu de confirmer le bien-fondé de cette appréciation médicale du registre physique.

4.2 En revanche, demeurent litigieux l'état de santé psychique du recourant, singulièrement l'impact de celui-ci sur sa capacité de travail, tandis que les diagnostics évoqués en l'espèce divergent sensiblement.

En premier lieu, l'on relève que les psychiatres ayant assumé itérativement le suivi du recourant auprès de la Polyclinique S. _____ ont retenu les diagnostics de « syndrome de stress post-traumatique (F43.10) » et de « trouble de la personnalité non spécifié (F60.90) » en présence d'un assuré au comportement « tendu, agité, par moments agressif », souffrant d'une « intolérance au stress » et de « difficultés relationnelles » dans le contexte de traumatismes subis dans son pays d'origine.

En second lieu, la Dresse Z. _____, en charge du recourant depuis novembre 2011, a estimé que son patient présentait une « schizophrénie paranoïde (F20.0) » et une « dépendance à l'alcool (F10.20) » malgré une période d'abstinence.

Enfin, l'expert mandaté par l'OAI, le Dr F. _____, a considéré l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, retenant tout au plus une « dysthymie (F34.1) ».

Du point de vue diagnostique, les conclusions de la Dresse Z. _____ quant à la réalisation des critères d'une « schizophrénie paranoïde » apparaissent d'emblée sujettes à caution. Aucun des nombreux psychiatres traitants ayant suivi l'assuré depuis 2003 n'a en effet évoqué une pathologie de cette gravité, celui-ci n'ayant au demeurant jamais fait l'objet d'une hospitalisation en milieu spécialisé. L'on peine ainsi à envisager sérieusement que les symptômes d'une telle

problématique aient échappé à plusieurs spécialistes en dépit d'éventuelles barrières linguistiques ou de l'irrégularité des consultations. Ces remarques s'imposent d'autant plus que la Dresse Z._____ a expressément indiqué que l'affection en cause existerait « depuis plusieurs années », alors même que sa prise en charge ne date que de novembre 2011 (cf. rapport de cette spécialiste du 15 mars 2012).

En outre, il serait pour le moins singulier, en présence d'une atteinte à la santé aussi grave, que le recourant ait pu déployer une activité lucrative durant près de dix ans sans aucun effet incapacitant jusqu'en 2009, respectivement 2010. Bien plus, l'on rappellera que l'assuré a été en mesure de reprendre une activité lucrative dans le courant de l'année 2011 - certes au taux de 50% - ce qui apparaît difficilement exigible de la part d'une personne souffrant de schizophrénie paranoïde, même sur une courte durée.

L'on se doit dès lors de se rallier à l'avis du Dr F._____ quant à l'absence d'éléments permettant de retenir vraisemblablement cette affection.

Eu égard aux autres diagnostics psychiques posés par les différents psychiatres traitants du recourant, l'on notera que l'expert a dûment examiné leurs rapports médicaux et a conclu de manière convaincante à l'absence des éléments constitutifs d'un trouble de la personnalité ou d'un syndrome de stress post-traumatique.

4.3 Contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise, établi le 1^{er} octobre 2012 par le Dr F._____, peut se voir conférer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale rappelée supra (consid. 3.3). Il résulte en effet d'une analyse complète des pièces du dossier mises à disposition de l'expert et d'un examen clinique effectué sur la personne de l'assuré. L'expert a par ailleurs exposé de manière concise et objective les raisons le conduisant à écarter les diagnostics retenus par ses confrères au profit de celui de « dysthymie ».

Tout en discutant les points litigieux, le document en cause fait état de conclusions cohérentes, eu égard aux observations relatées.

L'on ne saurait au demeurant faire grief à l'expert de ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec l'assuré, quoi qu'en dise ce dernier, un tel procédé apparaissant usuel dans le contexte d'une mission d'expertise, tandis que l'opportunité de plusieurs entrevues peut légitimement être laissée à l'appréciation de l'expert.

Il convient de concéder en faveur du recourant que l'expert n'a que très brièvement mentionné le traitement médicamenteux préconisé par ses confrères, sans en discuter l'adéquation. Cela étant, ce point ne saurait limiter la valeur probante du rapport du Dr F._____, du fait que les éléments médicaux essentiels à la fixation des droits de l'assuré en matière AI (diagnostics et capacité de travail) ont été exhaustivement analysés.

A l'instar du SMR, l'on observera en outre que la présence d'un interprète dans la langue maternelle du recourant garantit incontestablement une bonne compréhension avec l'expert, ce dont ne peut notamment se prévaloir la Dresse Z._____, une barrière linguistique entre celle-ci et son patient ne pouvant être exclue du fait la maîtrise imparfaite du français et de l'anglais par ce dernier (cf. à cet égard : demande de prestations AI du 13 avril 2010 p.5, où l'assuré a indiqué une « maîtrise orale difficile » du français et une « maîtrise orale et écrite succincte » de l'anglais).

4.4 Partant, en l'absence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - invoqués par le recourant, lesquels seraient susceptibles de mettre en doute l'appréciation du Dr F._____, la mesure d'instruction supplémentaire requise aux termes de l'acte de recours du 2 mai 2013 ne se justifie pas. Il y a donc lieu de suivre les conclusions de l'expert, l'avis divergent de la psychiatre traitante n'étant manifestement pas suffisant pour imposer quelconque complément.

C'est ainsi à bon droit que l'intimé a pris en considération l'avis du SMR du 18 octobre 2012, soit une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant dès août 2010, pour procéder à l'évaluation du degré d'invalidité.

5.

5.1 Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c).

5.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictées par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2).

5.3 In casu, la comparaison des revenus effectuée par l'intimé ne prête pas flanc à la critique, dans la mesure où elle a été effectuée dans le respect de l'art. 16 LPGA et de la jurisprudence fédérale pertinente, rappelée ci-dessus.

L'OAI s'est en effet légitimement fondé sur les salaires statistiques ressortant de l'ESS en l'absence de reprise durable par le recourant d'une activité lucrative adaptée à son état de santé, mettant à jour un degré d'invalidité nul après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité communiqué par l'employeur.

L'on relèvera à toutes fins utiles que, vu le large éventail d'activités simples et répétitives, correspondant à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées, que recouvre le marché du travail en général – et le marché du travail équilibré en particulier – un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant (cf. TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4).

6. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 19 mars 2013.

6.1 La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

6.2 En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christophe Piguet à compter du 1^{er} mai 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 27 février 2014, Me Piguet a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à sept heures et trente-trois minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 118 fr. 10 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'595 fr. 25 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 19 mars 2013 par l'intimé est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Piguet, conseil du recourant, est arrêtée à 1'595 fr. 25 (mille cinq cent nonante-cinq francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Piguet, à Lausanne (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :