

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 juillet 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mmes Pasche et Berberat, juges

Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du [...], est arrivé en Suisse en 1990. Après avoir exercé différentes activités professionnelles, il a été engagé en tant que casserolier par le H.\_\_\_\_\_, à [...], puis dès le 1<sup>er</sup> mars 2009 par l'E.\_\_\_\_\_.

Le 6 mars 2015, l'assuré a glissé sur son lieu de travail et s'est heurté la tête au sol. Dans les semaines qui ont suivi, il s'est plaint d'une apparition progressive d'un hémisyndrome sensitif tactile et algésique accompagné de paresthésies intéressant l'ensemble de l'hémicorps gauche, avec des douleurs rachidiennes à prédominance cervicale gauche. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale effectuée le 7 avril 2015 a montré la présence de quelques discopathies banales, sans signe de conflit neurologique, étagées de C3 à C7. Une IRM cérébrale réalisée le 26 février 2016 n'a révélé aucune anomalie notable. Le Dr N.\_\_\_\_\_, neurologue, a expliqué qu'il ne pouvait pas mettre en évidence d'organicité aux plaintes du patient, tant sur le plan anamnestique, que clinique et radiologique (cf. rapports des 7 avril 2015 et 29 février 2016 du Dr U.\_\_\_\_\_, radiologue, rapport du 22 [recte : 29] février 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_).

En dehors d'une tentative de retour au travail à 50 % du 20 au 26 avril 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a attesté une incapacité totale de travail depuis la chute.

Q.\_\_\_\_\_, assureur-accidents, a versé des prestations jusqu'au 17 avril 2015 (cf. décision du 4 janvier 2016, confirmée par décision sur opposition du 13 décembre 2016).

L'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail au 31 décembre 2015.

Le 20 février 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 18 avril 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant : hémisyndrome sensitif subjectif ». Il a expliqué que son patient avait développé des douleurs et dysesthésies de l'hémicorps gauche à la suite d'une chute en mars 2015. Aucun élément organique ne pouvait expliquer les troubles. Une origine psychologique, liée à la place de travail (éventuel sentiment de frustration ou persécution vis-à-vis de la hiérarchie), semblait expliquer l'ensemble des troubles. La reprise d'une activité professionnelle équivalente auprès d'un autre employeur serait à tenter, d'abord à 40 % puis avec une augmentation progressive du taux, couplée à un accompagnement en psychothérapie.

Le 28 février 2017, au cours d'un entretien téléphonique avec le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr F.\_\_\_\_\_ a expliqué que les symptômes subjectifs de son patient apparaissaient dès qu'il était exposé au stress. Il refusait toute prise en charge psychiatrique et continuait de croire à une atteinte organique. Il présentait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée. Son emploi d'aide-cuisinier pourrait être considéré comme adapté s'il n'y avait pas trop de stress et de changements, ni de nécessité de grande initiative. Les tâches devaient être organisées, planifiées et répétitives. Il s'agirait plutôt d'une activité d'aide-cuisinier en collectivité que dans la restauration classique.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Le mandat a été attribué par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P au B.\_\_\_\_\_ (ci-après : le B.\_\_\_\_\_). L'assuré a été examiné par les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, C.\_\_\_\_\_, neurologue, et G.\_\_\_\_\_, psychiatre. Dans leur rapport du 12 octobre 2017, les experts ont posé le diagnostic de douleurs rachidiennes et hémicorporelles gauches se compliquant d'un hémisyndrome sensitivo-

moteur gauche atypique, le tout sans substrat somatique objectivable. Sur le plan de la médecine interne, les experts n'ont mis en évidence aucune pathologie et ont souligné une nette divergence entre les symptômes décrits et les constats effectués lors de l'examen. Il n'y avait pas non plus d'atteinte neurologique somatique objectivable, ni d'atteinte au plan psychique. Il existait des incohérences entre l'importance des plaintes alléguées et certaines tâches assumées dans la vie quotidienne, de même que l'absence de restrictions dans la vie sociale. L'ensemble des éléments permettait d'affirmer que les plaintes de l'expertisé sortaient du champ médical. La capacité de travail était entière dans toute activité.

Par projet de décision du 24 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser sa demande de prestations, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Sa capacité de travail était totale dans toute activité. En l'absence d'un préjudice économique, son droit aux prestations n'était pas ouvert.

Le 29 novembre 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet, en annonçant qu'une évaluation psychiatrique était actuellement en cours auprès du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès de la S.\_\_\_\_\_. Ses douleurs étaient toujours identiques sur la moitié gauche de son corps et actuellement aussi à la main droite. Il ne comprenait pas pourquoi on lui avait demandé de consulter un psychiatre, puisque ses douleurs n'étaient pas imaginaires.

Par courrier du 17 janvier 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que selon le Dr K.\_\_\_\_\_, l'étiologie psychiatrique ne pouvait être affirmée. Une étiologie neurologique devait absolument être recherchée. Un avis neurologique allait être demandé au R.\_\_\_\_\_, malgré l'appréciation du Dr N.\_\_\_\_\_ écartant toute organicité.

Dans un rapport du 19 janvier 2018 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a expliqué suivre l'assuré depuis le 16 novembre 2018 [recte : 2017]. Il a posé le diagnostic de syndrome neuro-psychiatrique extrêmement

probable en cours d'investigation. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Il a joint un courrier qu'il avait envoyé le 18 janvier 2018 au Service de neurologie du R.\_\_\_\_\_ pour y adresser le patient.

Les Drs T.\_\_\_\_\_, neurologue, et P.\_\_\_\_\_, médecin au R.\_\_\_\_\_, ont examiné l'assuré le 1<sup>er</sup> mars 2018. Ils ont posé le diagnostic d'hémisyndrome sensitif gauche facio-brachio-crural d'origine fonctionnelle probable. Ils ont expliqué que leur évaluation neurologique n'apportait pas d'argument en faveur d'un trouble neuro-psychiatrique ou d'une polyneuropathie. S'agissant de l'hémisyndrome sensitif, ils avaient retrouvé des signes compatibles avec une origine fonctionnelle. Au vu des investigations effectuées en 2016 dans le cadre de cette symptomatologie, ils s'abstenaient de tout examen complémentaire (cf. rapport du 13 avril 2018 adressé au Dr K.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 10 juillet 2018 à l'OAI, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome anxio-dépressif post-traumatique existant depuis l'enfance, de difficultés liées à une enfance malheureuse (expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance), de réactions à un facteur de stress sévère : traumatismes affectifs multiples, de syndrome post-commotionnel depuis le 18 mars 2015, de syndrome douloureux somatoforme persistant : hémisyndrome sensitif subjectif existant depuis le 18 mars 2015, ainsi que de possible algoneurodystrophie. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a annoncé que son patient avait accepté de reprendre une activité à un taux de 20 à 30 %. Selon l'intéressé, ceci était envisageable dès son retour de vacances du [...]. Les limitations fonctionnelles seraient, d'après l'assuré, l'exercice d'une activité ne nécessitant pas de port de charge avec le membre supérieur gauche et, avec le membre supérieur droit, uniquement des charges jusqu'à 2 kg. Il devait en outre pouvoir alterner les positions debout et assis, puisqu'il ne pouvait pas rester debout plus de 30 minutes. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a pour sa part ajouté qu'il convenait d'éviter les activités exigeant de l'endurance, en raison des douleurs physiques, et celles impliquant du stress. Le pronostic était positif à long terme.

Par avis médical du 9 avril 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé qu'aucun élément démontrant l'origine organique de l'hémisyndrome n'était mis en évidence, les médecins du R.\_\_\_\_\_ retenant une origine fonctionnelle. Il n'y avait pas d'élément nouveau attestant une détérioration de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du B.\_\_\_\_\_. L'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de son patient se fondait essentiellement sur les déclarations de ce dernier et constituait une appréciation différente de la même situation.

Par décision du 11 avril 2019, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il a expliqué que les rapports fournis dans le cadre de l'opposition n'apportaient pas d'élément nouveau attestant une péjoration de l'état de santé depuis l'expertise.

**B.** Par acte du 28 mai 2019, D.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Il a soutenu que les « suites de l'accident » avaient des répercussions physiques, neurologiques et psychiques qui le rendaient incapable de travailler. Il a requis l'assistance judiciaire portant sur les frais de justice et la désignation d'office d'un avocat.

Par décisions des 27 juin et 18 juillet 2019, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 mai 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille.

Dans sa réponse du 9 août 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 22 novembre 2019, le recourant, par Me Métille, a conclu principalement à la réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2016, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique,

respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il procède lui-même à une telle expertise. Il a soutenu que l'appréciation faite par l'expert psychiatre était superficielle, car il n'avait pas été en mesure de déceler des symptômes tels que l'irritabilité ou l'énervement. Il s'écartait des observations et des diagnostics retenus par le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de la S.\_\_\_\_\_, lequel avait clairement exposé les symptômes du recourant et avait approfondi son histoire personnelle, s'agissant notamment des événements ayant eu lieu au [...]. Il était probable que le recourant n'avait pas voulu s'en ouvrir auprès de l'expert, par pudeur. Il convenait de se rallier à l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ et de nier toute valeur probante à l'égard du rapport d'expertise du B.\_\_\_\_\_, en particulier s'agissant du volet psychiatrique. En annexe, le recourant a joint un rapport que le Dr W.\_\_\_\_\_ avait adressé à Me Métille le 15 novembre 2019. Le psychiatre posait les diagnostics de syndrome post-commotionnel depuis 2015, de syndrome douloureux somatoforme persistant : hémisyndrome sensitif subjectif depuis 2015, ainsi que, depuis 1983, d'état de stress post-traumatique et de difficultés liées à d'autres situations psychosociales : expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités. Le patient présentait notamment une irritabilité, des difficultés de concentration, une diminution de la tolérance au stress et aux émotions, ainsi qu'une douleur intense et persistante accompagnée d'un sentiment de détresse. Il avait été exposé à des traumatismes affectifs multiples. Il avait vécu la guerre civile dans son pays et était venu en Suisse comme requérant d'asile. Sa famille avait été séparée, les parents étant restés au [...] et sa sœur et son frère étant partis en [...]. L'expertise psychiatrique ne prenait pas en compte l'histoire de vie du patient, ni sa difficulté à exposer certains événements difficiles. L'absence de symptômes décrits dans l'expertise était également questionnable, puisqu'au cours du suivi, une présence importante de symptômes tels que l'irritabilité et l'énervement avait été observée. La capacité de travail s'élevait à un taux entre 20 et 30 %. Il n'y avait pas eu d'évolution depuis l'expertise du B.\_\_\_\_\_. Le pronostic était réservé.

Par duplique du 19 décembre 2019, l'intimé a confirmé ses conclusions, en se référant à un avis médical du 3 décembre 2019 du

SMR, joint en annexe. Le Dr J.\_\_\_\_\_ maintenait sa position, en relevant l'absence de critères anamnestiques, circonstanciels et cliniques quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique soulevé par les Drs K.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_.

Par détermination du 16 janvier 2020, le recourant, par Me Métille, a relevé que les experts du B.\_\_\_\_\_ avaient une tendance des plus marquées à nier l'évidence de certains diagnostics ou à en relativiser la portée. De manière générale, les centres d'expertises mandatés par l'OAI semblaient être guidés par une certaine pression politique. En annexe, il a joint plusieurs documents relatifs à la pratique des offices AI en matière d'expertises.

Le 10 février 2020, l'intimé a une nouvelle fois proposé le rejet du recours.

Le 17 juillet 2020, Me Métille a transmis la liste de ses opérations.

### **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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions

formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

**3.** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

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

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement

vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l’expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

**d)** S’agissant des rapports établis par les médecins traitants de l’assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l’expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l’unit à celui-ci. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l’objet d’une procédure probatoire structurée au sens de l’ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6.** En l’espèce, se fondant sur l’expertise du B.\_\_\_\_\_, l’OAI a retenu que le recourant disposait d’une pleine capacité de travail dans toute activité, ce que l’intéressé conteste.

Sur le plan somatique, les experts ont effectué un examen complet et ont notamment analysé les documents d'imagerie figurant au dossier. Ils ont constaté que les troubles n'avaient pas d'explication somatique, tant post-traumatique que malade, ce qui rejoignait l'appréciation des Drs N.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_. Ces médecins avaient déjà retenu que les plaintes de l'intéressé n'étaient pas organiques (cf. rapports du 22 [recte : 29] février 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_ et du 18 avril 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_). Par la suite, les médecins du R.\_\_\_\_\_ ont également confirmé l'absence d'atteinte somatique objectivable (cf. rapport du 13 avril 2018).

Au plan psychiatrique, l'expert n'a pas décelé d'atteinte. Il a expliqué qu'il n'y avait notamment pas d'éléments en faveur d'un état de stress post-traumatique. En effet, l'assuré ne lui avait signalé aucun événement traumatique ni aucune difficulté psychique durant l'enfance, l'adolescence ou le début de l'âge adulte. L'intéressé avait précisé qu'avant son départ pour la Suisse, il avait été à l'aise dans sa vie. Il avait dû quitter son pays en 1990 à cause de la guerre civile, mais n'avait fait part d'aucun traumatisme à ce sujet. En outre, en réponse aux questions de l'expert, l'assuré avait déclaré qu'il n'avait ni souvenirs traumatiques (flash-backs), ni cauchemars, ni hyper vigilance. Il n'avait mentionné aucune souffrance psychique chronique issue de son passé. Pour le surplus, l'expert a observé que l'adaptation à la vie en Suisse s'était faite sans difficulté. L'assuré avait trouvé un poste de manœuvre six mois après son arrivée, y avait travaillé pendant huit ou neuf années, jusqu'à son licenciement pour motifs économiques. Il avait ensuite occupé plusieurs emplois (aide-électricien pendant trois ou quatre ans, monteur de machine durant deux ans, nettoyeur de ventilation pendant quatre ans, puis aide de cuisine pendant quatre ans et enfin, aide-casserolier). L'expert en a conclu que l'assuré avait été en mesure d'assumer des postes de travail différents sur de longues périodes. Il a encore ajouté que l'intéressé n'avait pas fait part de difficultés relationnelles. En particulier, il s'était marié en 2000 avec une compatriote et ils avaient eu deux enfants. La vie familiale était décrite comme harmonieuse. En définitive, l'expert se fonde sur plusieurs éléments pour écarter de manière claire et convaincante

l'existence d'un état de stress post-traumatique. L'appréciation contraire des Drs K. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, peu motivée, ne saurait être suivie. Ces derniers n'ont pas détaillé les raisons pour lesquelles ils retenaient ce trouble et n'ont pas indiqué quels critères diagnostiques seraient remplis. Au demeurant, en dehors de « traumatismes affectifs multiples » et de la guerre civile au [...], ils n'ont pas fait état d'événements précis qui seraient à l'origine de cette atteinte. Tel que le relève le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son avis du 3 décembre 2019, l'éloignement des affects familiaux, destin de la majorité des migrants, ne peut être considéré comme un élément fondant le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Enfin, dans le présent cas, aucun élément spécifique à cette pathologie (flash-backs, hyper vigilance, réaction de sursaut exagérée, etc.) n'a été évoqué, que ce soit par l'expert ou par les Drs K. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_.

Par ailleurs, l'expert a expliqué ne retrouver aucun signe anxieux ou dépressif. En particulier, l'assuré n'était ni nerveux, ni irritable. Il n'y avait pas d'état de malaise général ou d'agitation psychique. L'humeur était stable. L'expert a ensuite écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en exposant qu'il n'y avait pas d'élément de nature émotionnelle et/ou psychosociale suffisamment important pour créer un sentiment de détresse chez l'assuré. Il a ajouté que les plaintes sensitivo-motrices pourraient évoquer l'existence d'un trouble dissociatif. Cependant, il était admis que ce genre de trouble était psychogène dans la mesure où il survenait en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Or, selon l'expert, aucun élément de ce type n'était présent dans le cas de l'assuré. Il n'y avait notamment pas de conflit professionnel avant ou lors de l'accident de 2015, puisque l'intéressé n'avait pas confirmé les sentiments de frustration et de persécution vis-à-vis de sa hiérarchie évoqués par le Dr F. \_\_\_\_\_. En outre, seul un comportement douloureux démonstratif était observé après une demi-heure de station assise, puis avait cédé en quelques minutes. Avant, pendant ou après un tel comportement, il n'y avait pas de perturbation émotionnelle. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'expert a conclu à l'absence d'argument en faveur d'une

atteinte psychosomatique. Au final, il a exposé de manière précise les raisons pour lesquelles il écartait tout diagnostic psychiatrique, ce qui le conduisait à reconnaître une pleine capacité de travail dans toute activité. A noter encore qu'il a pris en compte les nouveaux indicateurs retenus par la jurisprudence pour évaluer celle-ci, en analysant notamment la personnalité de l'assuré et ses ressources. L'expert a également relevé que la vie sociale de l'intéressé ne s'était pas modifiée, puisqu'il voyait toujours sa famille et ses amis. Il accompagnait régulièrement ses enfants à l'école, se rendait au cinéma, effectuait des courses légères, prévoyait de voyager et assumait différentes tâches administratives sans difficulté.

L'expertise du B. \_\_\_\_\_, faisant suite à plusieurs examens du recourant, sur les plans psychiatrique, neurologique et de médecine interne, a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. L'ensemble des plaintes de l'assuré ont été retranscrites et prises en compte. Pour toutes les spécialités, la description du contexte médical est claire. Les conclusions sont bien motivées et convaincantes. La lecture de l'expertise ne permet pas de mettre en doute l'impartialité des experts, comme l'évoque à tort l'assuré. Le fait que l'expert psychiatre n'a pas décelé d'irritabilité ou d'énervement ne conduit pas à considérer que son examen était superficiel. Au contraire, ses observations détaillées permettent de constater qu'il s'est consacré de manière approfondie et appropriée au cas de l'assuré. Par ailleurs, le mandat d'expertise a été attribué au B. \_\_\_\_\_ dans les règles de l'art, par l'intermédiaire de la plateforme électronique SuisseMED@P. Cette dernière répond aux exigences de désigner de manière aléatoire les mandats d'expertises pluridisciplinaires comprenant au moins trois disciplines différentes à des centres d'expertises liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention (ATF 137 V 210 ; art. 72bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). De plus, le Tribunal fédéral a déjà considéré que le fait qu'un médecin ou un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références). Au vu de ce qui précède, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se

voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions, à savoir que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat. En particulier, le rapport du 10 juillet 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à une quelconque diminution de la capacité de travail de l'assuré. Le médecin y retient une capacité de travail résiduelle de 20 à 30 % dans une activité adaptée, taux repris par la suite par son collègue, le Dr W.\_\_\_\_\_. Or, il ressort du rapport précité que cette appréciation se fonde pour l'essentiel sur les déclarations du recourant. Ce dernier avait lui-même estimé pouvoir reprendre une activité à un tel taux à son retour de vacances. Il avait également décrit les limitations fonctionnelles qu'il estimait présenter. Il n'appartient toutefois pas aux assurés d'évaluer leur capacité de travail, mais aux médecins (cf. consid. 4a supra). Le Dr K.\_\_\_\_\_, de même que le Dr W.\_\_\_\_\_, n'ont pour leur part pas étayé de manière satisfaisante les différents diagnostics qu'ils ont posés. Ce dernier a en outre précisé qu'il n'y avait pas eu d'évolution de l'état de santé du patient depuis l'expertise du B.\_\_\_\_\_. Ainsi, l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les Drs [...] et W.\_\_\_\_\_ ne constitue en réalité qu'une appréciation différente d'un même état de fait. En définitive, leurs rapports ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité et a, par conséquent, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

**7.** Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation

qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3).

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

**b)** 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).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. 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 pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué la liste de ses opérations le 17 juillet 2020, totalisant 16 heures de travail et 155 fr. 10 de débours, TVA comprise. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Métille est arrêtée à 3'256 fr. 85, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 11 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me David Métille 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 à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me David Métille (pour D. \_\_\_\_\_)
- 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 :