

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 avril 2023

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bonard et Küng, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à M.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Benjamin Schwab,  
avocat à Vevey,

et

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

---

**E n f a i t :**

**A.** Ressortissant serbe, V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, est entré en Suisse en 1990. Au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), il travaillait depuis avril 2008 en tant qu'agent d'entretien de X.\_\_\_\_\_ SA.

En date du 1<sup>er</sup> février 2015, alors qu'il dégageait de la neige à l'extérieur d'un bâtiment, il a été touché au niveau de l'épaule, du tronc et du bras par un collègue manoeuvrant un bus.

A réception de la déclaration de sinistre complétée par l'employeur le 9 février 2015, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a alloué ses prestations selon communication du 11 février 2015.

L'assuré a séjourné à la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 21 octobre au 18 novembre 2015. Dans leur rapport du 8 décembre 2015, les Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

- Dorso-lombalgies chroniques.
- Troubles lombaires dégénératifs prédominant en L3-L4, L4-L5 et L5-S1.
- Signes électrophysiologiques de neuropathie du nerf médian au canal carpien gauche et d'irritation radiculaire L5-S1 bilatérale prédominant à gauche (cf. ENMG [réd. : électro-neuro-myogramme] du 06.11.2015.
- 01.02.2015 : contusions de l'épaule droite, du dos et du bassin.

Les spécialistes de la Clinique C.\_\_\_\_\_ ont considéré que l'assuré était en mesure de reprendre à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit sans port de lourdes charges et sans maintien du tronc en porte-à-faux, dès sa sortie de clinique.

Par décision du 22 janvier 2016, confirmée sur opposition le 7 avril 2016, la CNA a retenu que le *status quo ante* avait été atteint au 22

janvier 2016, en sorte qu'elle a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement).

Par arrêt du 17 juillet 2017 (cause n° AA 49/16 - 78/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 7 avril 2016, confirmant le retour à une pleine capacité de travail dès le 19 novembre 2015 et, partant, le terme du droit aux prestations d'assurance.

**B.** Dans l'intervalle, V. \_\_\_\_\_ a déposé, le 12 juillet 2016, une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en invoquant souffrir de problèmes physiques et psychiques consécutifs à son accident. Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a fait verser au dossier celui de l'assureur-accidents et celui de l'assureur perte de gain en cas de maladie, qui contenait notamment un rapport d'expertise du 26 août 2016 établi par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. L'expert avait posé les diagnostics incapacitants de cervico-dorso-lombalgies chroniques dans un contexte de troubles dégénératifs étagés du rachis prédominant au niveau lombaire, de probable syndrome de déconditionnement et de status après contusion dorsale et scapulaire droite le 1<sup>er</sup> février 2015. Si l'activité de poseur de voies n'était plus possible, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pas de port occasionnel de charges supérieures à 20 kg, pas de port répété de charges excédant 10 kg pour des travaux en porte-à-faux du tronc) était en revanche exigible d'un point de vue médico-théorique.

L'office AI a également recueilli les renseignements usuels sur la situation professionnelle (questionnaire pour l'employeur complété le 23 août 2016) et médicale de l'assuré (rapports du 19 août 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale ; du 29 novembre 2016 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et du 5 décembre 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Répondant le 6 juillet 2017 aux questions complémentaires de l'office AI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de discopathies L4-L5, de rachialgies chroniques et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ; F 33.2). Dans la mesure où l'état de santé de son patient se péjorait, il a estimé que sa capacité de travail était nulle en toute activité.

Le 25 juillet 2017, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il se trouvait en vacances en Grèce ; circulant selon ses dires à une vitesse de 40 à 50 km/h au guidon d'un scooter, la roue avant de celui-ci s'est soudainement bloquée avant de partir de travers, ce qui a entraîné sa chute, lors de laquelle il s'est blessé aux mains, aux coude, genou et cheville droits ainsi qu'au tibia gauche. Après avoir bénéficié des premiers soins sur place, il est rentré en Suisse le 6 août 2017.

Dans un avis du 10 octobre 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a relevé que seul le Dr B.\_\_\_\_\_ soutenait la poursuite d'une incapacité totale de travail postérieurement au séjour de l'assuré à la Clinique C.\_\_\_\_\_. Or, depuis le mois de janvier 2016, il n'existait aucun motif justifiant une incapacité de travail durable. En effet, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu de diagnostics incapacitants et n'avait pas non plus délivré d'incapacité de travail. Aussi convenait-il de retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle tandis qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

L'assuré contestant la capacité de travail qui lui était reconnue, l'office AI a renoncé à mettre en œuvre des mesures professionnelles, en sorte qu'il a poursuivi l'instruction sur le plan médical (rapport final du Service de réadaptation du 14 mars 2018).

Questionné sur l'évolution de son état de santé depuis le dépôt de la demande de prestations, l'assuré a indiqué, le 5 juin 2018, qu'il s'était péjoré et présentait désormais un problème cardio-vasculaire. Il a par ailleurs précisé qu'il était inscrit au chômage depuis le 1<sup>er</sup> février 2017.

Dans un rapport du 12 juillet 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hypertension artérielle, de lombalgies consécutives à l'accident de février 2015 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le 4 juin 2018.

Après avoir analysé les renseignements médicaux obtenus, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr B.\_\_\_\_\_ était constant depuis 2016 pour justifier tout ou partie de l'incapacité de travail par une atteinte psychiatrique. Comme les éléments fournis par ce médecin ne donnaient pas de consistance à son appréciation, le Dr P.\_\_\_\_\_ ne disposait pas d'un status complet ni de l'appréciation d'un spécialiste depuis fin 2016. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le mois de février 2015 (avis médical du 25 juillet 2018).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Centre H.\_\_\_\_\_. Les examens utiles ont été réalisés les 17, 25 et 29 janvier 2019 respectivement par les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 18 juin 2019 (appréciation générale interdisciplinaire), les experts ont posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de cervico-scapulalgies droites et dorsolombalgies droites (M 54.2, M 54.6 et M 54.4) et d'épisode dépressif moyen (F 32.1) depuis le 19 août 2016. Sans répercussion sur la capacité de travail ils ont retenu les diagnostics suivants : status après contusion de l'épaule droite, du dos et du bassin le 1<sup>er</sup> février 2015 (S 30.0, S 40.0), gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale modérée ainsi que fémoro-patellaire modérée (M 22.4, M 17.9), pieds plats bilatéraux (M 21.4), status après contusion de la cheville droite le 25 juillet 2017 (S 90.0), hypertension artérielle et excès pondéral (BMI 29,9 kg/m<sup>2</sup>). La capacité de travail comme monteur de voies était nulle depuis le 1<sup>er</sup> février 2015 en raison

des atteintes du rachis cervical et lombaire. Dans une activité adaptée, elle était totale depuis le 19 novembre 2015 sur le plan somatique alors que, sur le plan psychiatrique, elle était nulle depuis le 19 août 2016. A cet égard, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé que l'apparition d'un trouble dépressif avait été signalée par le Dr B.\_\_\_\_\_ à partir du 19 août 2016. Dans la mesure où la situation n'était pas stabilisée sur le plan dépressif faute d'un traitement adapté, la capacité de travail était nulle en toute activité.

Ensuite de l'avis médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2019, l'office AI a demandé un rapport au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 20 août 2019) de même qu'il a demandé aux experts de répondre à des questions complémentaires (rapport du 10 septembre 2019).

Dans un avis médical du 24 janvier 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_ a souligné que le rapport du 20 août 2019 du Dr N.\_\_\_\_\_ était très succinct et que celui-ci n'avait pas attesté d'incapacité de travail. Selon ce médecin, les limitations seraient essentiellement de nature orthopédique, d'où une capacité de travail de 40 %, sans toutefois que cette évaluation n'ait vraiment été étayée. Quant à l'expertise du Centre H.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a expliqué en quoi il ne pouvait en adopter les conclusions du volet psychiatrique ; aussi a-t-il demandé une nouvelle évaluation de la situation sous cet angle. De plus, comme des troubles cognitifs avaient été retenus parmi les limitations fonctionnelles, ce nouveau mandat offrait la possibilité de faire réaliser un bilan neuropsychologique si l'expert psychiatre l'estimait nécessaire. Un volet rhumatologique s'avérait également nécessaire car, selon l'expertise, les douleurs chroniques ostéo-articulaires restaient au premier plan des doléances de l'assuré. Bien que la situation à cet égard soit stable depuis le mois d'octobre 2015 et que le volet rhumatologique de l'expertise était convaincant, il paraissait judicieux que l'expert puisse s'entretenir de cette question avec un spécialiste.

Le 2 juin 2020, l'office AI a chargé le Bureau L.\_\_\_\_\_ à M.\_\_\_\_\_ de procéder à l'expertise rhumatologique et psychiatrique de

l'assuré. Dans leur rapport du 21 juillet 2020, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont exclu tout diagnostic psychiatrique, tandis que, sur le plan somatique, ils ont retenu les diagnostics incapacitants de syndrome lombaire sans signes de compression radiculaire des membres inférieurs sur discopathie et arthrose interfacettaire lombaire étagées (M 51.8), de syndrome cervical sur uncodiscarthrose cervicale étagée (M 51.3) et de syndrome sous-acromial droit (M 75.1). Les diagnostics n'affectant pas la capacité de travail étaient les suivants : discrète arthrose sacro-iliaque des deux côtés (M 19.95) ; possible discrète arthrose coxo-fémorale gauche ; gonarthrose des compartiments internes des deux côtés, plus importante à gauche avec discrète arthrose fémoro-patellaire bilatérale, plus importante à droite et patella bipartite des deux côtés (M 17) ; discrète neuropathie du médian gauche (G 64) ; rhino-sinusite chronique avec une composante de déviation septale à convexité droite (J 32.9) ; hypertension artérielle traitée (I 10) et status après contusion de l'épaule droite, du dos et du bassin le 1<sup>er</sup> février 2015 (T 00). S'agissant de la capacité de travail, elle était entière en toute activité en l'absence de psychopathologie incapacitante. Sur le plan somatique en revanche, dite capacité était nulle depuis le 21 octobre 2015 dans l'activité habituelle de monteur de voies à 80 % et d'accompagnateur de trains pour manœuvrer à 20 %. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts se sont référés à l'appréciation de leur confrère E.\_\_\_\_\_ pour fixer les limitations fonctionnelles, à savoir : « *toute activité physique sans nécessité du port régulier au-dessus de 15 kg, sans nécessité du maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, sans nécessité de s'accroupir de façon répétée et sans devoir travailler les bras au-dessus de l'horizontale* ». Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était entière dès le 19 novembre 2015.

Sollicité pour détermination, le Dr P.\_\_\_\_\_ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (rapport du 12 août 2020).

Par projet de décision du 13 octobre 2020, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles). Selon ses constatations, sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle alors qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité - fixés respectivement à 70'330 fr. 35 et 63'296 fr. 85 - et compte tenu d'un abattement de 5 % opéré sur ce dernier au titre des limitations fonctionnelles, la perte de gain s'élevait à 7'033 fr. 50, soit un degré d'invalidité de 10 %.

Agissant à la demande de l'assuré, le Dr B. \_\_\_\_\_ a, par courrier du 5 décembre 2020, fait part de son désaccord avec le projet de décision du 13 octobre 2020. D'après ce médecin, les nombreuses pathologies présentées par son patient associées à sa faible motivation excluaient toute capacité résiduelle de travail. Il a joint à sa correspondance deux compte-rendus d'IRM, l'un du 5 février 2019 concernant la partie molle de la cage thoracique et l'autre du 29 janvier 2019 du rachis total et sacro-iliaque.

De l'avis rédigé le 17 mai 2021 par le Dr P. \_\_\_\_\_, on extrait plus particulièrement ce qui suit :

« Cette audition est soutenue par un rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, médecine générale, en date du 5 décembre 2020. Ce rapport est une liste de diagnostics cliniques et radiologiques présents depuis 2015. Le Dr B. \_\_\_\_\_ signale la faible motivation de l'assuré à retrouver une activité lucrative. Le Dr B. \_\_\_\_\_ nous enjoint d'admettre une incapacité de travail à 100 %. En annexe, le Dr B. \_\_\_\_\_ produit une copie des IRM demandées par l'expert rhumatologue E. \_\_\_\_\_ lors de la première expertise en février 2019.

**Discussion** : comme pour les précédents rapports, le Dr B. \_\_\_\_\_ fait état des symptômes allégués par cet assuré sans jamais les étayer par une anamnèse claire ou un status détaillé. Par ailleurs, les rapports radiologiques ont été pris en compte par les experts. Ce rapport ne contient pas non plus de discussion médico-asséculo-logique cohérente.

**Conclusion** : ce rapport n'apporte pas d'éléments médicaux tangibles de nature à modifier les conclusions du rapport SMR du 12 août 2020. »

Par décision du 27 septembre 2021, l'office AI a entériné son refus d'allouer toutes prestations d'invalidité à l'assuré, conformément à son projet de décision du 13 octobre 2020. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**C.**           **a)** Par acte du 25 octobre 2021, V.\_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 27 septembre 2021, en faisant valoir, d'une part, que son état de santé ne lui permettait pas de travailler à plein temps et, d'autre part, qu'un revenu d'invalidité de 63'300 fr. n'était pas réaliste.

**b)** Dans sa réponse du 14 décembre 2021, l'office AI a rappelé que l'expertise du Bureau L.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2020 avait conclu à une capacité de travail entière depuis le mois de novembre 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. De plus, la comparaison des revenus effectuée avait conduit à un degré d'invalidité de 10 %, inférieur au seuil légal ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. A cela s'ajoutait que l'assuré avait bénéficié, entre le 24 septembre 2020 et le 22 septembre 2021, de mesures d'aide au placement. Renvoyant pour le surplus aux analyses effectuées par le SMR les 12 août 2020 et 17 mai 2021 ainsi qu'au document intitulé « calcul du salaire exigible » du 23 septembre 2020, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**c)** Par courrier du 21 mars 2022 valant réplique, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué avoir examiné l'assuré pour la première fois deux jours après l'accident du mois de février 2015. Par la suite, l'assuré l'avait consulté en octobre 2017 pour des douleurs à la cheville droite consécutives à l'accident survenu au mois de juillet précédent, en novembre 2017 pour une exacerbation de douleurs cervicales et lombaires, en décembre 2019 pour des troubles urinaires fonctionnels et en décembre 2020 pour une exacerbation du syndrome douloureux lombaire. Le 1<sup>er</sup> mars 2022, l'assuré avait présenté des arthralgies métaphalango-phalangiennes au pouce gauche. Outre ses

problèmes de santé somatiques, il présentait un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé à un stress psycho-social qui justifierait, selon le Dr J.\_\_\_\_\_, une nouvelle expertise psychiatrique, dont il espérait qu'elle aboutirait, après une réadaptation, à l'exercice d'une activité professionnelle à 40 % au moins. Ce médecin a conclu son rapport en décrivant brièvement les difficultés personnelles, familiales et sociales rencontrées par son patient, dont le manque de ressources psychologiques ne lui permettait par ailleurs pas de suivre une réorientation professionnelle.

**d)** Dupliquant en date du 7 avril 2022, l'office AI a relevé que l'assuré n'avait amené aucun élément objectif nouveau survenu avant la date de la décision contestée et qui aurait été ignoré des experts, pas plus qu'il n'avait fait état d'une modification significative de la situation médicale qui se serait produite entre la date de l'expertise et celle de la décision. Dès lors, de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiaient pas. Quant à l'évolution de la situation postérieurement au 27 septembre 2021, elle n'avait pas à être examinée dans le cadre de la présente procédure. Partant, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

**e)** Par décision du magistrat instructeur du 7 juillet 2022, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 mai 2022. Il était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Benjamin Schwab, avocat, lui a été désigné.

**f)** Par courrier du 7 juillet 2022, l'assuré a transmis à la Cour de céans deux attestations, l'une du 22 avril 2022 dans laquelle le Dr N.\_\_\_\_\_ attestait qu'il souffrait d'un trouble dépressif réactionnel et la seconde du 13 juin 2022 du Dr B.\_\_\_\_\_, qui demandait la mise en œuvre d'une mesure pluridisciplinaire.

**g)** A l'appui de ses déterminations du 8 novembre 2022, l'assuré, représenté par Me Schwab, a produit une attestation médicale du 7 septembre 2022 du Dr N.\_\_\_\_\_ dans laquelle celui-ci évoquait

l'existence d'un trouble psychique ainsi qu'un certificat médical du 17 octobre 2022 du Dr B. \_\_\_\_\_ relatif à une détérioration de son état de santé physico-psychique. De l'avis de l'assuré, ces deux documents ainsi que l'attestation du Dr J. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2022 confirmaient une évolution négative significative de son état de santé et rien n'indiquait qu'elle serait postérieure au 27 septembre 2021, ce d'autant qu'il s'était écoulé plus de douze mois entre l'expertise du Bureau L. \_\_\_\_\_ et la décision attaquée. En outre, l'attestation du Dr J. \_\_\_\_\_ faisait état d'une exacerbation des douleurs lombaires dès juillet 2020. Enfin, l'expertise psychiatrique du Bureau L. \_\_\_\_\_ avait eu lieu alors que l'assuré était toujours marié ; or, la fin de son mariage - intervenue postérieurement à cette expertise mais avant la décision attaquée - avait eu des répercussions significatives sur la péjoration de son état de santé. Fort de ces éléments, l'assuré a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée avec renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision, subsidiairement à ce qu'un complément d'instruction soit ordonné dans le cadre de la présente procédure.

**h)** S'exprimant par pli du 24 novembre 2022, l'office AI a relevé que les médecins traitants avaient attesté une incapacité de travail sans fournir les éléments nécessaires à sa compréhension. De son côté, il avait mis en oeuvre deux expertises psychiatriques, dont celle du Bureau L. \_\_\_\_\_. Dans cette dernière, il n'était retrouvé aucun signe de psychopathologie, ni de limitations d'ordre psychiatrique dans la conduite des activités quotidiennes, tant sociales que sur le plan des loisirs. De plus, les experts avaient convenu de l'absence de troubles cognitifs. En outre, l'interrogatoire de l'assuré, l'exploitation des rapports médicaux et l'anamnèse permettaient d'écarter toute atteinte psychiatrique qui aurait pu justifier une incapacité de travail durable. Il y avait par ailleurs une cohérence totale entre l'anamnèse, le status, l'étude du fonctionnement et la discussion médico-asséurologique. En l'absence d'éléments objectifs nouveaux propres à jeter un doute sur ses précédentes conclusions, l'office AI a estimé que de nouvelles investigations n'étaient pas

nécessaires. En conséquence, il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**i)** Le 6 janvier 2023, Me Schwab a produit la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 17 mai 2022 au 6 janvier 2023.

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

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

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

**2. a)** Le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement

continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

**d)** On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient 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 (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 déjà cité et les références).

**5.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein

desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**6. a)** Il est admis que l'assuré présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de monteur de voies - agent d'entretien depuis l'accident dont il a été victime au mois de février 2015. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, la CNA a instruit et tranché cette question sur la base du rapport établi le 8 décembre 2015 par les Drs D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, médecins auprès de la Clinique C.\_\_\_\_\_. Quant à l'office AI, il a mis en œuvre une première expertise auprès du Centre H.\_\_\_\_\_ (rapport du 18 juin 2019 et complément du 10 septembre 2019). A la suite des critiques formulées par le SMR à l'encontre de cette expertise (avis médical du 24 janvier 2020), l'office AI a confié au Bureau L.\_\_\_\_\_ le soin de procéder à une nouvelle expertise bi-disciplinaire de l'assuré (rapport du 21 juillet 2020).

**b)** Le recourant a fait l'objet d'investigations approfondies sur les plans somatique et psychiatrique au sein du Bureau L.\_\_\_\_\_. On peut d'emblée constater que le rapport corrélatif, daté du 21 juillet 2020, remplit l'ensemble des réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. En particulier, les experts du Bureau L.\_\_\_\_\_ ont procédé aux examens spécialisés sollicités par l'intimé, qu'ils ont complété à bon escient par le recours à des questionnaires et la réalisation d'analyses de laboratoire. Sans manquer de se prononcer sur le cas du recourant à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence (cf. considérant 5 *supra*), ils ont communiqué des conclusions étayées et en parfaite cohérence avec leurs observations, suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, le recourant disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière dans le domaine industriel léger (par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le

conditionnement, comme opérateur sur machines conventionnelles [perçage, fraisage, taraudage et autres]).

**aa)** Sur le plan somatique, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait des douleurs au bas du dos, tantôt irradiant depuis la fesse dans le membre inférieur gauche, tantôt provoquant une faiblesse des membres inférieurs. Il y avait aussi des douleurs à l'épaule droite et à la nuque à caractère mécanique ainsi que, parfois, au niveau du moyen fessier. L'assuré ressentait une raideur matinale d'une demi-heure à une heure, alors que des douleurs nocturnes le contraignaient à devoir changer quelquefois de position. Le périmètre de marche était limité d'une demi-heure à une heure avec des douleurs plus intenses à la descente. Si elles ne s'aggravaient pas au Valsalva, elles s'accroissaient en revanche à la flexion du tronc. L'examen clinique réalisé par l'expert a montré une limitation de la mobilité cervicale et lombaire, sans signes de compression radiculaire des membres supérieurs ni des membres inférieurs. Il y avait par ailleurs une limitation de l'abduction de l'épaule droite avec un signe de Neer ainsi qu'une discrète limitation de la rotation interne coxo-fémorale gauche. Cependant, l'examen clinique des articulations des genoux était dans les normes. Fort de ces éléments, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de syndrome lombaire sans signe de compression radiculaire des membres inférieurs sur discopathies et arthrose interfacettaire lombaire étagée (M 51.8), de syndrome cervical sur uncodiscarthrose cervicale étagée (M 51.3) et de syndrome sous-acromial droit (M 75.1). Ces pathologies entraînaient des limitations fonctionnelles, dont l'expert a estimé que celles énoncées par le Dr E.\_\_\_\_\_, expert auprès du Centre H.\_\_\_\_\_, concordaient avec ses propres constatations. Il convenait ainsi d'éviter toute activité physique nécessitant le port régulier de charges supérieures à 15 kg et le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. La position accroupie répétée ainsi que les tâches effectuées les bras au-dessus de l'horizontale étaient également contre-indiquées. De l'avis de l'expert, la capacité de travail dans une profession compatible avec ces restrictions était entière.

**bb)** Sur le plan psychique, il n'existait pas d'atteinte cérébro-organique chez un assuré qui maintenait un focus d'attention efficace durant plus de 80 minutes sans avoir présenté des troubles de la concentration ou des fonctions mnésiques. L'examen effectué n'a pas non plus mis en évidence de manifestations psychotiques florides, l'assuré étant exempt de syndrome dissociatif, de paraphrénie d'apparition tardive ou de schizophrénie résiduelle. Il n'y avait pas d'épisode dépressif caractérisé chez un assuré hédonique, qui s'intéressait à la religion, appréciait les promenades en nature, et qui désirait rencontrer une autre femme. Il n'y avait pas non plus de manifestations anxieuses paroxystiques telles qu'éventuellement présentes au sein d'attaques de panique. Par ailleurs, l'assuré avait correctement fonctionné jusqu'au jour de l'expertise, en sorte qu'un éventuel trouble spécifique de la personnalité n'entraîne pas en ligne de compte. En outre, il n'avait pas développé de syndrome de dépendance à quelque substance psycho-active que ce fût. A la lumière de ces observations, le Dr K. \_\_\_\_\_ a exclu tout diagnostic psychiatrique et, partant, toutes limitations fonctionnelles de ce registre chez un assuré dont l'examen psychiatrique se situait dans la norme. En l'absence de psychopathologie incapacitante, sa capacité de travail était entière depuis toujours.

**cc)** Pour le reste, les données subjectives somatiques étaient cohérentes et plausibles. De même, le tableau clinique était cohérent entre l'absence de doléances psychiatriques particulières - hormis la mésentente conjugale - et les constatations objectives recueillies au cours d'un examen clinique de plus d'une heure. Sur le plan somatique, l'assuré possédait des ressources qui lui permettaient en particulier d'effectuer des achats et de préparer des aliments. Quant aux ressources relevant de la sphère psychique, elles étaient nombreuses et largement préservées (capacité d'adaptation aux règles et routines, planification et structuration des tâches, flexibilité, capacité de jugement et de prise de décision, capacité d'endurance, capacité de s'affirmer, sens efficient du contact avec les tiers, aptitude à évoluer au sein d'un groupe et d'en intégrer les règles, capacité de se déplacer aussi bien en transports publics qu'en voiture).

**dd)** Cela étant, rien au dossier ne permet de retenir que le recourant ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs psychiques ou somatiques, d'exercer une activité lucrative. Ainsi, les avis exprimés par le Dr B. \_\_\_\_\_ les 5 décembre 2020 et 17 octobre 2022 ne sont pas suffisamment étayés - en particulier sur le plan clinique - pour jeter le doute sur les conclusions prises par les experts. Il ne fait en effet pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par les experts du Bureau L. \_\_\_\_\_ ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. On relèvera encore que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport d'expertise bi-disciplinaire ni n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par le Bureau L. \_\_\_\_\_. Tel est également le cas du Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, lequel a retenu, dans ses attestations - succinctes - des 22 avril et 7 septembre 2022, que le recourant souffrait d'un trouble dépressif réactionnel à ses difficultés conjugales, voire professionnelles selon le Dr B. \_\_\_\_\_ (certificat médical du 17 octobre 2022). Or l'expert K. \_\_\_\_\_ a dûment expliqué pour quelles raisons il n'existait pas d'épisode dépressif caractérisé chez l'assuré, dont il connaissait du reste les problèmes matrimoniaux et professionnels (cf. rapport d'expertise du 21 juillet 2020, p. 40). Le Dr N. \_\_\_\_\_ ne fournit par ailleurs aucune autre précision complémentaire, notamment une description d'éventuelles limitations fonctionnelles. On ne peut pas non plus suivre le point de vue exposé par le Dr J. \_\_\_\_\_. Dans son courrier du 21 mars 2022, il s'est en effet limité à retracer brièvement l'anamnèse médicale du recourant depuis le mois de février 2015 et à exposer les plaintes de celui-ci, sans faire état de ses propres observations et, surtout, sans étayer le moins du monde l'existence d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive associé à un stress psycho-social. En se limitant à exposer son point de vue, le Dr J. \_\_\_\_\_ ne fait qu'opposer sa propre appréciation à celle des experts du Bureau L. \_\_\_\_\_ sans expliquer les raisons objectives pour lesquelles il estime qu'il faudrait s'écarter de leurs conclusions.

**c)** En conclusion, il convient de tenir pour établi que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**7. a) aa)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**bb)** En l'occurrence, le recourant a été victime, le 1<sup>er</sup> février 2015, d'un accident professionnel à l'origine d'une incapacité totale de travail. Ce changement dans la capacité de travail étant susceptible d'influencer le droit à la rente, c'est à juste titre que l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2015.

**b) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par. ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** Faute d'être critiqué, le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, soit 70'330 fr. 35, peut être confirmé. En effet, il a été fixé sur la base des indications fournies par le dernier employeur du recourant (cf. questionnaire pour l'employeur complété le 23 août 2016 ainsi que le compte salaire du recourant pour l'année 2015).

**c) aa)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**bb)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**cc)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2).

**dd)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**ee)** Dans la mesure où le recourant n'exerce plus aucune activité lucrative depuis le mois de janvier 2016, il convient, comme l'a fait l'office intimé, de se baser sur les données salariales statistiques ressortant de l'ESS, ce qui est conforme à la jurisprudence (cf. considérant 7c/bb ci-dessus). Pour fixer le revenu d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit un montant de 5'326 fr. tiré de la moyenne entre le salaire statistique issu de l'ESS pour l'année 2014 (5'312 fr.) et celui pour l'année 2016 (5'340 fr. ; tableaux TA1\_skill\_level, tous secteurs confondus, niveau de compétences 1, hommes), calculés sur 41,7 heures de travail hebdomadaire pour l'année 2015, laquelle est déterminante pour l'ouverture du droit à la rente du recourant. Il en résulte un revenu d'invalidité de 66'628 fr. 26. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière autre qu'une mise au courant initiale et compatibles

avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Compte tenu d'un abattement de 5 % sur le salaire statistique destiné à prendre en compte les limitations fonctionnelles du recourant comme facteur susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales, on obtient par conséquent un revenu de 63'296 fr. 85.

**ff)** La comparaison d'un revenu sans invalidité de 70'330 fr. 35 avec un revenu d'invalidité de 63'296 fr. 85 aboutit à un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**8.** Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans son écriture du 8 novembre 2022 doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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

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

**11. a)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Schwab peut prétendre une

équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 6 janvier 2023, il apparaît qu'elle peut être suivie. Partant, il convient de retenir 14 heures et 5 minutes de prestations d'avocat rémunérés à 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires de 2'535 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours et la TVA de 7,7 %. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'866 fr. 70 (art. 2, 3 al. 1 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 27 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de V. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Benjamin Schwab est arrêtée à 2'866 fr. 70 (deux mille huit cent soixante-six francs et septante 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 d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Benjamin Schwab, avocat (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :