

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 février 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

I. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1970, a appris la profession de mécanicien en Somalie et obtenu un diplôme de fin de formation, équivalant à un certificat fédéral de capacité. Arrivé en Suisse en 2003, il a travaillé dès février 2007 pour le compte de l'Etat de Vaud, comme employé de restauration sur le site du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV). Le 13 octobre 2009, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), en raison d'une atteinte dégénérative de la colonne lombaire entraînant une incapacité de travail totale depuis le mois d'octobre 2008.

Interpellé par l'OAI, le Dr A. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a transmis différents rapports médicaux, dont un consilium de rhumatologie établi le 28 avril 2004 par le Prof. D. _____, médecin-chef au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV. Le Prof. D. _____ posait le diagnostic de douleurs ostéo-articulaires diffuses généralisées, précisant que le patient présentait des douleurs diffuses, dépassant le système ostéo-articulaire, et que l'examen clinique à ce niveau était tout à fait rassurant. Il mentionnait la poursuite du bilan de médecine interne, notamment au niveau abdominal, et expliquait qu'en cas de bilan totalement négatif, un syndrome douloureux somatoforme persistant serait le diagnostic d'exclusion et une approche psychologique serait alors indiquée. Un consilium daté du 19 janvier 2009, établi par la Dresse L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin associée au département de l'appareil locomoteur du CHUV, faisait état des diagnostics de rachialgies chroniques dans un contexte de discopathie sévère L3/L4, de dysbalances musculaires et d'état anxio-dépressif. L'évaluation du cas était difficile et les douleurs et limitations fonctionnelles avaient certainement une origine multifactorielle. Selon la Dresse L. _____, l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité d'aide cuisinier et il était difficile de se prononcer quant au pronostic et à la

capacité de travail à moyen et à long terme. Le 17 mars 2009, la Dresse L._____ mentionnait au Dr A._____ que le patient annonçait plus de douleurs, une symptomatologie localisée dans toutes les articulations et tous les groupes musculaires. Elle n'avait pas d'explication pour ses plaintes et la suspicion d'un syndrome psychosomatique était assez grande. Toutefois, il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion et il était nécessaire d'élargir les investigations pour être certains qu'une affection organique n'était pas ignorée.

Dans un rapport du 26 octobre 2009 à l'OAI, la Dresse L._____ a posé les diagnostics de rachialgies chroniques dans un contexte de discopathie sévère L3-L4, discopathies modérées L4-L5 et L5-S1, protrusion discale L5-S1 médiane et médio-bilatérales sans conflit radiculaire, d'arthralgies diffuses d'origine indéterminée, de troubles neuropsychologiques d'origine x en investigation et d'état anxio-dépressif lié à la douleur et aux difficultés professionnelles. Du point de vue psychiatrique, l'assuré semblait être très déprimé et avait d'importants troubles de la concentration. Du point de vue somatique, le patient décrivait les symptômes de manière très dramatique; il avait des difficultés à rester debout au-delà de 15 minutes et assis plus de 20 minutes et se plaignait d'une fatigue et d'un manque de force, ses bras se mettant à trembler dès qu'il essayait de porter même des choses légères. Selon la Dresse L._____, les douleurs pouvaient être en relation avec une chute sur le dos en juin 2008. Ce médecin attestait finalement une incapacité de travail totale, dans la profession actuelle d'aide-cuisinier, depuis décembre 2008.

Interpellés par l'OAI, les Drs S._____ et W._____, chef de clinique respectivement médecin associé à la Médecine du personnel du CHUV, ont mentionné, le 5 novembre 2009, que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas adaptée à son état de santé actuel et à ses limitations fonctionnelles. Ils exposaient qu'à la suite d'une chute en avril 2007, l'assuré avait présenté des douleurs au niveau lombaire, que la symptomatologie s'était amendée, mais en octobre 2008, les douleurs d'allure mécanique avec irradiation au niveau du flanc droit étaient

réapparues. Un traitement d'anti-inflammatoire et de physiothérapie avaient permis une reprise d'activité, mais une nouvelle récurrence et l'aggravation de la symptomatologie avaient nécessité un arrêt de travail total dès le 2 décembre 2008. L'évolution avait été défavorable, avec l'apparition progressive de douleurs au niveau de toutes les articulations et des groupes musculaires. Les bilans radiologique et sanguin avaient permis d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire, mettant cependant en évidence une carence en vitamine D, et l'électromyogramme, réalisé en septembre 2009 en raison d'une faiblesse proximale des membres inférieurs, n'avait pas montré de signe en faveur d'une myopathie. L'assuré était limité par les douleurs dans la réalisation de certains mouvements; il présentait des difficultés à porter et mobiliser les charges supérieures à 5 kg, était gêné dans les mouvements de flexion et extension de la colonne lombaire et se devait d'alterner les positions debout et assise après une quinzaine de minutes. Il présentait toujours des douleurs diffuses articulaires sans étiologie évidente retenue.

Un examen neuropsychologique a été réalisé le 10 novembre 2009 à la Division autonome de neuropsychologie du CHUV. Le rapport d'examen faisait état d'un ralentissement, de difficultés attentionnelles et de troubles mnésiques antérogrades modérés chez un patient qui présentait probablement des capacités intellectuelles se situant dans les normes inférieures. Les ressources cognitives paraissaient infléchies dans le contexte de l'état de fatigue psychique consécutive aux douleurs et au déracinement vécu par l'assuré. Il était également constaté des lombalgies chroniques associées à des signes de la lignée anxio-dépressive. Sur le plan strictement neuropsychologique, la conduite automobile était contre-indiquée.

Dans un rapport du 27 novembre 2009, le Dr A. _____ a posé les diagnostics de douleurs ostéoarticulaires diffuses généralisées, de rachialgie chronique dans un contexte de discopathies L3-L4 modérées à sévères, L5-S1 modérées avec arthrose interfacettaire postérieure bilatérales de L4-S1, de myopathie sur carence en vitamine D, d'état anxio-dépressif, de vésicule avec lithiases et de pied bot opéré durant

l'enfance. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 octobre 2008. Le Dr A._____ précisait que le patient se plaignait, depuis 2004, de douleurs lombaires légères et continues, augmentant avec l'humidité et devenant fortes en portant des charges de moins de 10 kg, et que l'augmentation des douleurs après 20 minutes en position debout était accompagnée d'irradiations dans les deux fesses.

L'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), lequel a considéré qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique. Dans son avis du 29 mars 2010, le SMR retenait que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles de type mécanique d'épargne du rachis, ainsi que des troubles neuropsychologiques, des troubles mnésiques modérés et une contre-indication à la conduite automobile. Les investigations médicales à la recherche d'une cause somatique s'étaient révélées dans la norme et un syndrome douloureux somatoforme avait été évoqué par le Prof. D._____, spécialiste en rhumatologie.

L'expertise a été réalisée en mai 2010 au Centre d'observation médicale de l'AI de Nyon (ci-après: CEMed), en présence d'un interprète, par les Drs H._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un pied bot congénital droit opéré à l'âge de 3 ans, des rachialgies communes sans lésion anatomique susceptibles de les expliquer depuis 2008, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis 2008 et des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) présents depuis 2009. L'expertise n'a mis en évidence aucune atteinte à la santé invalidante. S'agissant des plaintes de l'assuré, les experts retenaient notamment ce qui suit:

"Sur le plan rhumatologie, les plaintes correspondent à ce qui est décrit ci-dessus. Les douleurs se poursuivent et se ressemblent, il reste toujours aussi difficile de les inscrire dans un contexte nosologique connu. [...]

Sur le plan psychique, Monsieur I._____ évoque un manque d'énergie psychique, une tendance à être indécis. Il se décrit comme

étant également devenu plus méfiant envers les tiers, qui pense-t-il parlent négativement de lui. Il est plus irritable, il se sent colérique.

Il décrit également que depuis peu des choses le réveillent la nuit, ce sont des rêves dans lesquels reviennent des scènes de conflits, ou des visions de mort, qu'il aurait vécu durant la guerre en Somalie.

Enfin, il se plaint également de troubles du sommeil, principalement sous la forme d'une difficulté à s'endormir, dans une moindre mesure des réveils nocturnes en lien avec ses cauchemars. [...]"

Les experts décrivaient le status psychique comme ne présentant pas de trouble de la pensée, pas de trouble cognitif ni de ralentissement psychomoteur. Il n'y avait pas d'idéation suicidaire. Il était relevé la présence durant la nuit de cauchemars avec des réminiscences de scènes vécues de guerre en Somalie, mais pas de réminiscence ou de réviviscence diurne. Sur le plan de l'anxiété, l'assuré se disait inquiet quant à sa situation de santé et quant à son avenir. La plainte essentielle concernait une douleur intense et persistante, répartie dans l'ensemble du corps, accompagnée de fatigue, de faiblesse musculaire et de vertiges. Aux termes de leur rapport du 12 octobre 2010, les experts discutaient le cas comme suit:

"Monsieur I. _____ est un assuré d'origine africaine, en Suisse depuis 2003, qui a été opéré d'un pied bot congénital à l'âge de trois ans et qui a toujours travaillé comme aide de cuisine au CHUV.

En juin 2008, il est victime d'une chute sur le dos avec TCC bénin, mais après laquelle il se plaindra de douleurs touchant l'appareil locomoteur et le squelette axial prédominant au sacrum. Les douleurs sont constantes, mais exacerbées aux positions assises ou debout prolongé. Elles s'étendent aux ceintures et finalement aux extrémités des quatre membres sans suivre un dermatome ou un territoire neurologique périphérique connus. Elles sont déjà présentes le matin en s'étendant et s'accroissant au cours de journée.

Cette symptomatologie est concomitante à une asthénie intense se caractérisant par une perte de force, surtout marquée dans la ceinture pelvienne qui ne lui permet plus de gravir les escaliers d'un immeuble sans s'arrêter à chaque étage pour récupérer. Le port de charge est bien évidemment impossible. Aucune médication n'est susceptible d'interrompre les douleurs.

Parallèlement à ces souffrances somatiques, Monsieur I. _____ évoque des atteintes touchant la sphère neuropsychologique sous la forme de perte de mémoire et difficultés de concentration. Pris en charge par les consultations ambulatoires du CHUV, il aurait fait l'objet de nombreuses investigations, notamment en neurologie et

myologie, mais rien n'a pu être mis en évidence, tant sur le plan neurologique que rhumatologique.

Plus tard dans l'évolution sont apparus les symptômes psychiques, la première description de troubles dépressivo-anxieux a été faite dans un rapport en janvier 2009. Monsieur I. _____ situe leur survenue un peu plus tardivement quant à lui.

Pour l'assuré, il met clairement en relation la présence de cette symptomatologie avec la problématique douloureuse, d'ailleurs le mode d'apparition montre bien qu'elle est secondaire au problème algique.

Ce n'est que depuis peu qu'un traitement médicamenteux de Cymbalta a été mis en place, ainsi qu'un suivi auprès d'un médecin psychiatre qui le voit tous les 15 jours.

Malgré les investigations et les traitements prodigués, le syndrome douloureux s'aggrave selon l'assuré, alors que la symptomatologie psychique reste stable.

Depuis la chute, Monsieur I. _____ a été mis en arrêt de travail à 50% car il arrivait même plus à effectuer les tâches simples, puis à 100% dès octobre 2008.

Situation actuelle et conclusions:

Sur le plan rhumatologique, la présente expertise, hormis les séquelles de son pied bot opéré, ne met rien de particulier en évidence. En revanche, il existe incontestablement une aggravation des symptômes compte tenu de la présence de tous les signes de non organicité selon Waddell.

Nous n'avons pas pu examiner les radiographies effectuées, mais avons pu obtenir des rapports d'imagerie de 2008. Il est décrit des images de dégénérescence en L3-L4 et L5-S1 qui n'ont aucune corrélation avec l'examen clinique. Les protrusions ne sont pas reproduites sur les séquences myélographiques, on n'observe aucun signe de compression directe ou indirecte, il n'existe aucun déficit neurologique radiculaire, les manœuvres de Valsalva n'induisent aucune douleur.

En conclusion, il n'existe aucun argument justifiant une incapacité de travail de longue durée.

On peut tout au plus admettre, en fonction des troubles dégénératifs, qu'une activité impliquant le port de lourdes charges devrait être commencée progressivement.

Toute autre activité est possible à 100% sans diminution de rendement, ni limitation.

Sur le plan psychique, l'examen de ce jour met en évidence comme plainte essentielle une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, d'un handicap personnel grandissant. Ni la nature ni la gravité de la symptomatologie ne peut être expliquée par une base organique, ce

qui amène à proposer un diagnostic d'exclusion de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Par ailleurs, on relève une symptomatologie dépressive et anxieuse d'intensité légère, en lien avec le facteur de stress que représentent les douleurs. Il existe une probable fragilité personnelle sous-jacente, liée à la fois à un contexte personnel et culturel. Cette symptomatologie persiste depuis plus de six mois, ce qui amène selon les critères de la CIM-10 le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixtes.

Un rapport d'examen neuropsychologique daté de novembre 2009 mentionne *un ralentissement, des difficultés attentionnelles et des troubles mnésiques antérogrades modérés chez un patient présentant probablement des capacités intellectuelles se situant dans les normes inférieures*. Il est estimé par ailleurs que *sur le plan strictement neuropsychologique, la conduite automobile est contre-indiquée*.

Nous n'avons pas observé des troubles cognitifs, par contre la collaboration n'a pas été optimale, notamment à l'examen somatique.

Il est difficile de tenir compte d'un examen neuropsychologique effectué apparemment en français, chez quelqu'un qui ne maîtrise pas cette langue et qui par ailleurs est décrit d'intelligence faible, sans en plus tenir compte des facteurs culturels, d'éducation et de scolarisation.

Suite à notre propre observation avec un traducteur, nous ne retenons pas de troubles cognitifs évidents.

En conclusion, le diagnostic psychiatrique associé au trouble somatoforme est léger dans son intensité, il n'y a pas de facteurs de comorbidité associés, on constate qu'il persiste des contacts sociaux et qu'il n'y a notamment pas de cristallisation psychique.

La capacité de travail est complète."

Dans un rapport du 19 octobre 2010, le SMR a confirmé la pleine capacité de travail de l'assuré dans toute activité et l'absence de limitation fonctionnelle. Il précisait par ailleurs que les critères de la jurisprudence relatifs au trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis (diagnostic psychiatrique léger dans son intensité, absence de facteur de comorbidité associé, pas de perte d'intégration sociale, aucun traitement médicalement et scientifiquement reconnu, pas d'état psychique cristallisé).

B. Le 16 mars 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le 10 juin 2011, l'assuré, alors assisté de son conseil, a remis à l'OAI un courrier de la Dresse L. _____ du 7 juin 2011, mentionnant une aggravation de son état de santé. Une hospitalisation était envisagée pour procéder à une évaluation globale ainsi qu'à une évaluation des capacités fonctionnelles. L'assuré requérait ainsi la poursuite de l'instruction du dossier, notamment en demandant des renseignements complémentaires au Département de l'appareil locomoteur du CHUV.

Par avis du 6 juillet 2011, le SMR a considéré que le courrier de la Dresse L. _____ relatait une conversation entre le médecin et l'assuré sur une aggravation de l'état de santé. Ces éléments provenaient de l'assuré et n'étaient accompagnés d'aucun rapport médical leur donnant valeur probante, de sorte qu'ils ne permettaient pas de s'éloigner du rapport d'examen SMR du 19 octobre 2010.

Le 20 septembre 2011, l'assuré a remis à l'OAI deux rapports médicaux établis respectivement le 30 juin 2011 par la Dresse B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 22 juillet 2011 par la Dresse L. _____. La Dresse B. _____, qui suivait l'assuré depuis le 15 mars 2010, posait les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et d'état de stress post traumatique (F43.1). Elle relevait par ailleurs ce qui suit:

"Au vu des éléments présentés par M. I. _____, un diagnostic d'état de stress post traumatique est retenu en présence des cauchemars, de flash-back, de reviviscence et d'hypervigilance. Les événements traumatisants qui expliquent la présence de ces symptômes se sont produits alors qu'il résidait en Somalie. Le patient a subi des agressions physiques et psychiques. L'accident sur le lieu de travail (la chute de sa hauteur) pourrait expliquer la réactivation des traumatismes anciens sur un corps meurtri par les différentes agressions passées.

Un traitement antidépresseur de Cymbalta 120 mg par jour, Temesta 1 mg 2 fois par jour et Stilnox 1 cp par jour ont été introduits pour diminuer la symptomatologie anxieuse et dépressive. Les symptômes dépressifs initiaux ont diminué sauf à l'évocation de la perte de la bonne santé qu'il a perdu, il persiste encore des symptômes de l'état de stress post traumatique."

La Dresse L._____ a établi son rapport à la suite du séjour de l'assuré, du 27 juin au 15 juillet 2011, dans l'Unité de réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur. Elle faisait valoir notamment ce qui suit:

"Sur le plan strictement ostéo-articulaire, notre examen physique et radiologique n'apporte pas d'éléments pour préciser d'autre diagnostic que la présence de discopathies lombaires et une surluxation des dernières pièces coccygiennes. Les plaintes de M. I._____ sont disproportionnées par rapport à l'examen objectif et nos divers tests pour le bilan musculaire confirment ces discordances et l'autolimitation du patient pour faire certains mouvements. Il y a donc une composante psychosomatique, situation qui s'explique vraisemblablement par son parcours de vie et son diagnostic psychiatrique. Le patient nous a évoqué des événements difficiles dans son pays et plusieurs traumatismes de guerre civile et nos constatations se dirigent vers un tableau de stress post-traumatique susceptible de péjorer le vécu algique. Outre le trouble psychiatrique diagnostiqué, un fonctionnement de type dépendant et des attentes de soutien au niveau social, pourraient participer à la péjoration des douleurs et à la limitation de ses capacités fonctionnelles.

[...]

En conclusion, cette hospitalisation nous a permis de confirmer l'absence d'une pathologie grave ou évolutive sur le plan somatique et d'affirmer la présence d'un syndrome de stress post-traumatique chez un patient qui est déraciné, séparé de sa famille, et qui a des angoisses persécutoires augmentant son anxiété et la focalisation de sa souffrance au niveau corporel. Les bilans effectués en physiothérapie et ergothérapie sont inutilisables à cause d'autolimitations du patient."

Dans un avis SMR du 5 octobre 2011, le Dr P._____ a relevé que le Dr Z._____ posait, dans le cadre de l'expertise du CEMed, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2008 et de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis 2009, mais qu'il considérait ces diagnostics comme sans effet sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert psychiatre n'avait au demeurant pas retenu le diagnostic de stress post-traumatique comme l'avait fait la Dresse B._____. Le Dr P._____ considérait que l'expertise du CEMed répondait aux exigences juridiques lui donnant pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Ainsi, les derniers éléments médicaux apportés par l'assuré n'étaient pas de nature à modifier le rapport du 19 octobre 2010.

Par décision du 10 octobre 2011, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 16 mars 2011, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a expliqué que la contestation du 20 septembre 2011 n'était pas susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, laquelle reposait sur l'expertise du CEMed dont la valeur probante était pleinement reconnue.

C. I. _____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 novembre 2011, en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée depuis la date "que Justice dira" et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé postérieure à l'expertise du CEMed, notamment la fracture du coccyx diagnostiquée le 4 octobre 2011 et justifiant une intensification du traitement antalgique (cf. rapport du 4 octobre 2011 de la Policlinique Médicale Universitaire). Il soutient que l'expertise est dénuée de valeur probante suffisante, relevant des imprécisions et contradictions dans l'anamnèse et un examen rhumatologique réalisé en l'absence de radiographies. Il conteste le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte des experts, dans la mesure où son médecin traitant, après avoir relaté son vécu tragique en Somalie – qui est, selon lui, passé sous silence par les experts –, retient le diagnostic de stress post-traumatique. Il relève en outre que l'on ignore la durée de l'expertise psychiatrique ainsi que l'ethnie de l'interprète présent, de sorte que les explications auraient pu être mal comprises ou interprétées. Finalement, il déplore l'absence d'un volet neuropsychologique dans l'expertise, alors qu'on est présence d'une notion de traumatisme crânio-cérébral, ainsi que d'un volet neurologique, alors qu'il est question d'hypomyotrophie de la jambe droite, avec lâchages et des sensibilités difficiles à tester. Il requiert finalement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre (rhumatologique, neurologique, psychiatrique et neuropsychologique).

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 15 novembre 2011, avec effet au 25 octobre 2011.

Dans sa réponse du 5 janvier 2012, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed et reproche à l'OAI une instruction insuffisante et orientée. Il requiert dès lors une nouvelle expertise

pluridisciplinaire tendant à clarifier la question de l'invalidité et son évolution dans le temps.

3. a) 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, 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).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

c) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont

incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports

médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231; 125 V 351 consid. 3).

D'après une jurisprudence constante, l'OAI est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises, comme c'est le cas en l'espèce, sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). La jurisprudence a de surcroît précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine; cf. également ATF 136 V 376). Elle a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. arrêt 9C_243/2010 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid.

4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. L'assuré a été examiné au CEMed en mai 2010. Les diagnostics posés lors de l'expertise sont un pied bot congénital opéré à l'âge de 3 ans, des rachialgies communes sans lésion anatomique susceptibles de les expliquer, un syndrome douloureux somatoforme persistant et des troubles anxieux et dépressifs mixtes, diagnostics reconnus comme sans influence sur la capacité de travail. Les Drs H._____ et Z._____ constatent l'absence de limitations au plan physique - mentionnant cependant une reprise progressive du port de lourdes charges - ainsi qu'au plan psychique, mental et social; ils concluent à une capacité de travail de 100% dans toute activité, sans diminution de rendement.

a) Lors de l'expertise psychiatrique, le Dr Z._____ constate une symptomatologie dépressive et anxieuse d'intensité légère, persistant depuis plus de six mois. Il explique ce diagnostic (troubles anxieux et dépressifs mixtes selon les critères de la CIM-10) par une probable fragilité personnelle sous-jacente, liée à un contexte personnel et culturel. Le Dr Z._____ mentionne comme plaintes du recourant, en plus des plaintes relatives aux douleurs qui sont au premier rang, des troubles du sommeil, principalement sous la forme d'une difficulté à s'endormir, et des réveils nocturnes en lien avec des cauchemars dans lesquels il a des visions de mort et revit des scènes de conflits qu'il aurait vécues durant la guerre en Somalie (cf. rapport d'expertise du 12 octobre 2010, p. 5 in fine et p. 10 ab initio).

Dans son rapport du 30 juin 2011, la Dresse B._____ retient, outre le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, celui d'état de stress post-traumatique en raison des cauchemars, flash-back,

reviviscence et hypervigilance du recourant. Elle fait état d'une diminution des symptômes dépressifs initiaux mais de la persistance des symptômes de l'état de stress post-traumatique. Dans son rapport du 22 juillet 2011, la Dresse L._____ reprend le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui est "susceptible de péjorer le vécu algique". Cependant, ni la Dresse B._____ ni la Dresse L._____ n'explique en quoi le diagnostic d'état de stress post-traumatique serait invalidant.

Cela étant, contrairement à ce que soutient le recourant, les éléments qui ont conduit les Dresses B._____ et L._____ à poser le diagnostic de stress post-traumatique (soit principalement les cauchemars liés à son vécu en Somalie) n'ont pas été ignorés de l'expert psychiatre. Le vécu et les plaintes du recourant ont été pris en compte dans l'anamnèse et ne justifiaient pas, selon le Dr Z._____, de poser un autre diagnostic en plus de celui de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Au demeurant, le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a été posé par aucun médecin traitant. Ce n'est que lors de l'expertise au CEMed que le recourant a fait état de réveils nocturnes apparus depuis peu. La Dresse B._____, qui suit pourtant le recourant depuis le 15 mars 2010, ne le mentionne pour la première fois que le 30 juin 2011 et la Dresse L._____ retient ce diagnostic après qu'il a été indiqué par la psychiatre traitant, soit dans le rapport du 22 juillet 2011.

Il s'ensuit que le recourant ne démontre pas que l'expertise du CEMed comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels sur le plan psychique, et il explique encore moins en quoi le point de vue de son médecin traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait au travers des éléments qu'il mettrait en évidence la mise en œuvre d'un complément d'instruction.

b) Les Drs H._____ et Z._____ posent également les diagnostics de rachialgies communes sans lésion anatomique susceptible de les expliquer et de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans qu'ils ne soient invalidants.

Les experts retiennent un discours algique chronique avec présence de tous les signes de non organicité selon Waddell. Ils mentionnent qu'"à chaque mouvement actif ou passif, à chaque palpation ou percussion, [l'assuré] nous informe de la douleur ressentie et manifeste par des réactions d'opposition ou d'esquive". Se référant aux rapports d'imagerie réalisés en 2008, le Dr H._____ constate que les images de dégénérescence en L3-L4 et L5-S1 n'ont aucune corrélation avec l'examen clinique, que les protrusions ne sont pas reproduites sur les séquences myélographiques, qu'il n'y a aucun signe de compression directe ou indirecte et qu'il n'existe aucun déficit radiculaire. L'IRM lombaire effectuée en septembre 2008 n'avait pas mis en évidence "de tassement vertébral ou de lésion circonscrite suspecte sur le squelette examiné".

En octobre 2009, la Dresse L._____ diagnostique notamment des rachialgies chroniques dans un contexte de discopathie sévère L3-L4, discopathies modérées L4-L5 et L5-S1, et protrusion discale L5-S1 médiane et médio-bilatérales sans conflit radiculaire. Elle retient également des arthralgies diffuses d'origine indéterminée et un état anxio-dépressif lié à la douleur et aux difficultés professionnelles. Elle fait état de plaintes relatives à une fatigue et à un manque de force. En novembre 2009, les Drs S._____ et W._____ de la Médecine du personnel du CHUV mentionnent des douleurs au niveau lombaire réapparues en octobre 2008 et l'apparition progressive de douleurs au niveau de toutes les articulations et des groupes musculaires. Ils indiquent cependant que des bilans radiologique et sanguin ont permis d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire. Finalement, ils soulignent que l'assuré est limité par les douleurs dans la réalisation de certains mouvements.

Il appert ainsi que les appréciations des Drs L._____, S._____ et W._____ reposent essentiellement sur les douleurs invoquées par le recourant. Or l'examen clinique réalisé au CEMed a mis en évidence des signes de non organicité selon Waddell et a conclu incontestablement à une aggravation des symptômes. Ainsi, s'il y a lieu d'admettre que le recourant présente une dégénérescence en L3-L4 et L5-

S1, il n'est pas établi qu'elle influence - objectivement - sa capacité de travail.

De surcroît, les experts posent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2008 mais relèvent qu'il n'est pas invalidant au regard des critères posés par la jurisprudence à ce sujet (cf. consid. 3c supra). En effet, ils considèrent que le trouble est léger dans son intensité, qu'il n'y a pas de facteurs de comorbidité associés ni de cristallisation psychique, et qu'il persiste des contacts sociaux. Cette appréciation est reprise par le SMR dans son rapport du 19 octobre 2010 et ni les médecins traitants ni le recourant ne la contestent.

c) S'agissant du nouveau diagnostic posé en octobre 2011 relatif à la fracture du coccyx, il ne saurait justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

Le rapport de la Policlinique médicale universitaire du 4 octobre 2011 relate qu'il y a 4 jours environ, dans le bus, le recourant est tombé brusquement assis sur le siège ce qui a exacerbé ses douleurs. S'il est fait état d'une subluxation antérieure de C1 sur C2 (coccyx), il n'est pas mentionné d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte. De même, l'intensification du traitement antalgique ne signifie pas qu'une incapacité de travail a été préconisée. Dans tous les cas, cette subluxation n'a pas provoqué d'incapacité de travail d'une année par rapport à la survenance de cet événement et à la décision de l'OAI.

d) Le recourant reproche ensuite à l'intimé de ne pas avoir requis un examen neurologique dans le cadre de l'expertise du CEMed, eu égard à l'hypomyotrophie de sa jambe droite. Or, il y a lieu de rappeler qu'un examen électroneuromyographique a été réalisé le 10 septembre 2009, et qu'il n'a pas révélé de signe en faveur d'une myopathie. Cet examen a été pris en compte par les Drs H._____ et Z._____ lors de l'établissement de leur rapport.

Le même grief est invoqué par le recourant s'agissant d'un examen neuropsychologique. A cet égard, le même constat peut être fait dans la mesure où un examen neuropsychologique a été réalisé le 10 novembre 2009, dont les résultats ont été intégrés au rapport d'expertise du CEMed. Cet examen n'a pas révélé d'éléments invalidants, si ce n'est une contre-indication à la conduite.

e) Le recourant s'interroge par ailleurs sur la durée de l'expertise psychiatrique ainsi que sur les compétences de la personne agissant en qualité d'interprète.

A cet égard, il sied de relever que le Tribunal fédéral a jugé que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et la référence citée). Il a ainsi estimé qu'un examen clinique d'une heure effectué par un médecin ne suffisait pas à remettre en question la valeur de son travail (TF I 1048/2006 du 26 novembre 2007 consid. 4). La durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante du rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un caractère à la fois complet, compréhensible et concluant relève de l'appréciation des preuves (TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.2). En l'occurrence, il n'est fait mention d'aucune incompréhension linguistique entre le recourant et l'interprète ni de problèmes de traduction, mais est simplement avancée l'hypothèse d'une mauvaise compréhension ou interprétation. Il ne saurait dès lors être tenu compte de ce grief, dénué de tout fondement, étant précisé que le recourant se devait d'invoquer un éventuel problème avant que l'expertise ne soit rendue, conformément au principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]) selon lequel

la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b; 111 V 149 consid. 4c).

f) Le recourant invoque finalement des imprécisions dans l'anamnèse relatée par les experts, s'agissant particulièrement de la date de sa chute sur le dos (avril 2007 / juin 2008).

A cet égard, force est de constater que cette imprécision ressort des rapports de la Dresse L._____ et de la Médecine du personnel du CHUV. En effet, la Dresse L._____ allègue une chute sur le dos en juin 2008 (cf. rapport du 26 octobre 2009) et les Drs S._____ et W._____ font état d'une chute en avril 2007 (cf. rapport du 5 novembre 2009). Partant, ce fait ne saurait mettre en doute le contenu de l'anamnèse retranscrite par les experts.

g) En définitive, il ressort de ce qui précède que l'appréciation des Drs H._____ et Z._____ doit être admise comme ayant pleine valeur probante. Les rapports des Dresses L._____ et B._____ ainsi que l'avis des Drs S._____ et W._____ ne sont pas de nature à mettre en doute l'appréciation des experts du CEMed. Les restrictions physiques et psychiques énumérées se heurtent à l'aggravation des symptômes en présence des signes de Waddell.

Il convient en outre de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soin mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de

l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

6. a) Une nouvelle expertise médicale, demandée par le recourant, n'apporterait pas d'élément déterminant dans le sens de ses allégations, compte tenu de la valeur probante de l'expertise réalisée par les Drs H._____ et Z._____. Il convient par conséquent de rejeter la demande d'expertise pluridisciplinaire.

b) Au regard des pièces médicales au dossier, particulièrement du rapport d'expertise du 12 octobre 2010, on retiendra que le recourant présente une capacité de travail entière dans toute activité – une activité impliquant le port de lourdes charges devant être toutefois commencée progressivement –, aucune atteinte à la santé n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. L'expertise n'a révélé aucun élément objectivable pour justifier une incapacité de travail, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Il s'ensuit que le recourant ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) Le recourant ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, de même qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenue à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des

montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, Me Dupont a produit une liste de ses opérations le 31 janvier 2013, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 13 heures et 25 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'579 fr. 05 (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité forfaitaire de 100 fr. pour les débours est également allouée, TVA en sus (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Anne-Sylvie Dupont s'élève donc à 2'687 francs.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 10 octobre 2011 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 Dupont, conseil du recourant, est arrêtée à 2'687 fr. (deux mille six cents huitante-sept francs).
- 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 Anne-Sylvie Dupont (pour l. _____)
- 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 :