

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er septembre 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Pasche et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

U. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 43 al. 1 LPGA ; 4, 17, 28 et 69 al. 1^{bis} LAI

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, ressortissant [...], marié et père de quatre enfants, est arrivé en Suisse le [...] 2005 (actuellement au bénéfice d'un permis B). Il travaillait depuis le 1^{er} juillet 2008 en qualité d'employé de restauration à 100% auprès du Département logistique hospitalière du Centre hospitalier V._____ (ci-après : V._____), à [...]. Dès le 10 octobre 2011, il a présenté une incapacité totale de travail.

Le 12 mars 2012, l'assuré a fait parvenir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), par l'intermédiaire de son employeur, un formulaire de détection précoce en indiquant comme problème de santé « Epaule, dos et hanche » et comme début de l'incapacité de travail le 1^{er} novembre 2011. L'assuré a ensuite déposé une demande de prestations AI le 23 avril 2012, invoquant comme genre d'atteinte à la santé : « Mal de dos mal des deux jambes arrive pas à rester debout difficile à la position assise ».

Dans un rapport médical du 1^{er} mai 2012 à l'OAI, le Dr G._____, médecin généraliste et traitant de l'assuré, a estimé que le diagnostic de lombosciatalgies gauches avait des répercussions sur la capacité de travail de son patient, ce qui n'était pas le cas du syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Il a confirmé une incapacité de travail totale depuis le 31 octobre 2011, précisant que les limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle étaient liées aux douleurs invalidantes péri trochantériennes gauches. Il a annexé à son rapport plusieurs documents médicaux, à savoir :

- une remise de service de mars 2006 de la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) faisant état des problèmes en cours suivants : tendinite chronique de la coiffe des rotateurs des deux côtés, douleurs des membres prédominant aux articulations, contage tuberculeux, perturbation des tests hépatiques, hypercholestérolémie,

allergie au Diclofénac topique et hyperprotéinémie transitoire d'origine indéterminée ;

- un rapport du 11 mars 2008 relatif à une scintigraphie osseuse 3 phases concluant à de discrets troubles dégénératifs des articulations acromio-claviculaires bilatérales sans atteinte inflammatoire articulaire ;

- un rapport du 5 décembre 2008 relatif à une radiographie lombaire face/profil mettant en évidence une bascule du bassin d'environ 1 cm vers la droite associée à une discrète attitude scoliotique sans lésion ostéolytique ou ostéocondensante visible, ni fracture, ni signes dégénératifs ;

- un courrier du 15 septembre 2009 de la Dresse F._____, spécialiste en rhumatologie et chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur (ci-après : DAL) du V._____, au Dr G._____ posant le diagnostic d'hypovitaminose droite avec douleurs ostéo-articulaires diffuses chroniques ;

- un rapport du 3 mars 2010 au Dr G._____ des Drs C._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et N._____, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant au DAL, posant les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques, d'hypovitaminose droite substituée, de douleurs ostéo-articulaires diffuses au décours et de tuberculose latente traitée par neuf mois d'isoniazide en 2005 ;

- un courrier du 3 mai 2010 du Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, retenant les diagnostics de lombalgies chroniques aspécifiques et de douleurs mal systématisées diffuses mais plutôt localisées au haut du corps ;

- un rapport du 2 septembre 2010 des Drs P._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et Q._____, respectivement médecin associé et médecin assistant au DAL, posant les diagnostics de

lombalgies chroniques non-déficitaires, persistantes et de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée ;

- un rapport du 23 juin 2011 faisant suite à une IRM (imagerie par résonance magnétique) dorso-lombaire concluant à l'absence de pathologie visible ;

- un rapport du 10 octobre 2011 relatif à une radiographie de la hanche gauche face/profil concluant à l'intégrité des structures articulaires, à l'absence de lésion traumatique et à la présence d'une discrète sclérose du toit du cotyle sans pincement dans l'interligne coxo-fémoral ;

- un rapport du 17 novembre 2011 faisant suite à une IRM du bassin et concluant à une enthésopathie du moyen fessier gauche, sans bursite associée, ainsi qu'à une suspicion de déchirure labrale gauche à corrélérer à un examen clinique ;

- un courrier du 23 janvier 2012 du Dr P._____ au Dr G._____ retenant les diagnostics de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée (seuil douloureux abaissé, diminution de la résistance à la fatigue et surtout troubles proprioceptifs) et de douleurs polyarticulaires variables, focalisation actuelle sur une tendinite du moyen fessier gauche, déconditionnement physique global et focal et troubles statiques et discrètement dégénératifs rachidiens. Ce praticien a préconisé des séances de physiothérapie dans une approche de rééducation active et une reprise de l'activité professionnelle en fonction de l'évolution.

Par courrier du 2 mai 2012, la Dresse M._____, spécialiste en médecine du travail et médecin-chef de la médecine du personnel du V._____, a fait état des diagnostics de lombalgies chroniques et pygalgie gauche, de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, de douleurs polyarticulaires variables et d'hypovitaminose D substituée. Elle a précisé que l'assuré était en arrêt de travail complet depuis le 20 octobre 2011, ajoutant que des examens complémentaires et des

examens radiologiques avaient permis d'exclure une maladie rhumatismale ou une pathologie de la hanche. L'IRM avait toutefois montré une bursite du moyen fessier gauche.

Dans un questionnaire complété par l'employeur le 8 mai 2012, il est indiqué que l'assuré aurait perçu en 2012 un salaire de 4'337 fr. versé 13 fois l'an en qualité d'employé de restauration, soit 56'381 fr. par année pour 41h30 par semaine.

Par communication du 8 mai 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle.

Suite à la demande de renseignements médicaux de l'OAI, le Service de rhumatologie du V._____ a indiqué le 29 mai 2012 qu'il ne pouvait donner suite à la demande en raison de la retraite du Dr P._____, transmettant à cet effet deux rapports, soit celui du 23 janvier 2012 du médecin précité (*cf. supra*) et celui du 5 avril 2012 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquant des lombo-sciatalgies fonctionnelles gauches et l'absence de signe important de coxarthrose (*cf. radiographie bassin de face et hanche gauche axiale*).

Par communication du 4 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible actuellement, la situation médicale n'étant pas stabilisée et ne permettant pas la mise en œuvre de telles mesures.

En réponse à une demande de l'OAI du 21 novembre 2012, le Dr G._____ a indiqué le 28 novembre 2012 que l'évolution de l'état de santé de son patient était stationnaire. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Il ne s'est prononcé ni sur les limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a notamment transmis les documents suivants :

- un courrier du 10 mai 2012 de la PMU au Dr G._____, évoquant un patient marchant avec une canne, présentant une boiterie et se plaignant de douleurs importantes à la hanche droite, alors que d'habitude c'était la hanche gauche (compensation ?) ;

- un rapport du 26 juin 2012 de la Prof. D._____, spécialiste en angiologie et médecine interne, et du Dr S._____, respectivement cheffe du Service de consultation d'angiologie ambulatoire du V._____, et médecin-assistant, lesquels ont exclu une composante artérielle des douleurs ;

- un rapport du 8 août 2012 du Prof. B._____, spécialiste en neurologie, et du Dr E._____, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant du Service de neurologie du V._____, concluant à une lombalgie chronique non déficitaire sans atteinte neurologique associée à la suite d'une ENMG (électroneuromyographie).

Par courrier du 5 décembre 2012, la Dresse M._____ a informé l'OAI que l'assuré avait été reçu à la consultation de médecine du travail les 23 juillet, 3 octobre et 2 décembre 2012 et qu'il était toujours en arrêt de travail complet. L'intéressé se plaignait de douleurs importantes, d'intensité variable selon les jours et se déplaçait avec l'aide d'une béquille. Il parvenait à se déplacer pendant vingt minutes au maximum, ensuite les douleurs au niveau des hanches et des jambes devenaient trop importantes, ces dernières étant décrites comme insomniantes et perturbant les activités de la vie quotidienne. L'évolution apparaissait dès lors défavorable avec chronicisation, aucun retour au travail n'avait été possible après plus d'un an d'incapacité de travail.

A la demande de l'OAI du 21 novembre 2012, la direction des ressources humaines du V._____ a, par courrier du 6 février 2013, indiqué que l'activité n'avait pas été reprise depuis début 2012, l'assuré étant toujours en arrêt complet. Un allègement de l'activité avait été étudié, mais n'était pas possible en raison des limitations physiques de l'intéressé, lequel se déplaçait avec une béquille (ou devait s'appuyer

contre un mur) et devait éviter les stations debout ou assise prolongée (plus de 15 minutes). Un tableau relatif au total des absences de l'assuré donnant droit au salaire était annexé, mentionnant que le salaire était supprimé à 100% dès le 30 novembre 2012.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 3 avril 2013, le Dr R._____, médecin au SMR et spécialiste en médecine interne générale, a préconisé un examen rhumatologique en raison de l'absence d'indications médicales concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail en toute activité adaptée.

Dans un rapport du 4 mars 2014 (faisant suite à un examen clinique du 26 février 2014 avec l'assistance d'une traductrice de langue [...]), les Drs L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et T._____, spécialiste en rhumatologie, tous deux médecins au SMR, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, les douleurs poly-articulaires d'origine non spécifique étant sans répercussion sur la capacité de travail. Au chapitre de l'appréciation du cas, ils ont notamment exposé ce qui suit :

« L'assuré, âgé de 43 ans, a travaillé comme employé de restauration au V._____ de 2008 jusqu'au 9.10.2011 à 100% (rapport de l'employeur du 8.05.2012). Il est en arrêt de travail complet depuis le 10.10.2011 pour maladie. Il dit avoir repris une activité à 50% dans un post[e] adapté depuis novembre 2013.

L'assuré signale que, dès 2009, des douleurs sont apparues au niveau de la région lombaire basse. Les douleurs lombaires se sont étendues avec apparition d'une douleur de la hanche gauche en 2011.

Dans le contexte des lombalgies, avec réduction du périmètre de marche, un bilan vasculaire (rapport du Prof. D._____ du 26.06.2012) et un bilan neurologique (rapport du Prof. B._____, du 08.08.2012) ont écarté une cause vasculaire ou neurologique aux douleurs. Les investigations rhumatologiques (rapport du Dr C._____ du 03.03.2010) ont permis d'exclure une maladie rhumatismale. Les conclusions des rhumatologues du V._____ sont

des lombalgies chroniques non spécifiques et des douleurs poly-articulaires variables, sans pathologie organique pouvant expliquer la symptomatologie.

(...).

A l'analyse du dossier radiologique, l'IRM cervico-dorso-lombaire du 23.06.2011 montre une légère atteinte dégénérative des articulations facettaires postérieures lombaires et une uncarthrose cervicale débutante. Il n'y a pas de hernie discale, pas de compression radiculaire, pas de fracture ni d'inflammation localisée.

L'IRM du bassin du 17.11.2011 montre des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sans atteintes dégénératives manifestes. Il y a une inflammation localisée à la bourse du muscle moyen fessier gauche.

Une scintigraphie osseuse, effectuée le 6.03.2008 (cf. rapport Dr [...]) a permis d'exclure une atteinte inflammatoire en activité et n'a révélé que de discrets troubles dégénératifs acromio-claviculaires bilatéraux.

Les radiographies des épaules du 20.03.2014 sont dans les limites de la norme à l'exception d'une petite enthésophytose trochitérienne.

Les radiographies des hanches du 20.03.2014 permettent d'exclure une arthrose ; elles sont dans les limites de la norme.

Ce qui ressort de l'examen clinique ce sont les manifestations algiques inconstantes lors de la mobilisation du rachis dorsolombaire, des épaules et des hanches. En dehors de l'examen clinique, la gestuelle spontanée n'est pas limitée, ni pour les épaules, ni pour les hanches. Dès que l'on passe en phase d'examen, l'assuré s'oppose au déplacement de ces articulations par des contre-pulsions, se plaint de douleurs multiples, se contorsionne dans tous les sens et prend des positions atypiques pour une personne souffrant de lombalgies. Malgré les fortes douleurs alléguées par l'assuré, il se contente d'un traitement antalgique léger : Dafalgan pris de manière intermittente.

Les légères atteintes dégénératives : tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs (rapport de consultation de la Dresse [...] du 26.01.2007), l'arthrose facettaire postérieure lombaire multi-étagée discrète (rapport de consultation du Dr P. _____ du 02.09.2010), ne sont pas des lésions d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail complète dans la profession d'employé de restauration, activité considérée comme légère, sans port de charge lourde.

La montée et la descente de plusieurs marches d'escaliers sans soutien, un appui monopodal gauche tenu, permettent d'exclure une tendinite du moyen fessier gauche (rapport Dr P. _____ du 23.01.2012) incapacitante.

L'hypermobilité articulaire relevée dans le rapport du Dr P. _____ (consultation du 02.09.2010) n'est pas confirmée lors de l'examen

clinique de ce jour : il y a une dorsiflexion passive du 5^{ème} doigt qui atteint un peu plus de 90° à gauche et une hyperextension passive des coudes qui dépasse très légèrement les 10°. Cela permet d'obtenir 3 points au score de Beighton, qui en nécessite au moins 4 pour confirmer l'hypermobilité. Toutefois, l'assuré n'a pas présenté d'instabilité articulaire à l'origine d'entorse à répétition, ni d'arthrose avancée. Vu l'absence d'effet incapacitant de ce diagnostic (rapport du Dr G. _____ du 01.05.2012), il n'est pas nécessaire d'approfondir cette question.

D'autre part, les douleurs mal systématisées, diffuses, ne relèvent pas d'une maladie organique. Il n'y a pas de fibromyalgie. Ces douleurs ne sont pas considérées comme incapacitantes sur le plan rhumatologique. Il en est de même du déconditionnement musculaire signalé par le Dr P. _____ dans son rapport du 23.01.2012.

Limitations fonctionnelles

Les activités prolongées au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 10 kg, les positions statiques assise et debout de plus d'1 heure, les mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire. La marche au-delà d'1 km.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Les troubles dégénératifs peu importants des épaules, des vertèbres cervicales, lombaires ne justifient pas une incapacité de travail complète dans l'activité d'employé de restauration, activité qui n'est pas très contraignante pour la colonne lombaire et les épaules. Dans son rapport du 23.01.2012, le Dr P. _____ avait indiqué qu'une reprise de l'activité professionnelle était souhaitable. Les changements de position, les mouvements d'étirements musculaires et capsulaires dans un but antalgique justifient une baisse de rendement de 10% dans l'activité habituelle d'employé de restauration. Cette baisse de rendement remonte au 10.10.2011 (rapport de l'employeur du 08.05.2012), date où les douleurs lombaires basses se sont décompensées, avec apparition d'une pygalgie gauche (rapport du Dr P. _____ du 23.01.2012).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il est resté stable.

Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire et des épaules.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉ DE RESTAURATION: 90%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE QUI RESPECTE LES LIMITATIONS: 100 %

DEPUIS LE : 10.10.2011 ».

Le 26 mars 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un lot de pièces dont un courrier du 17 juin 2013 de la Dresse X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin associée au DAL, laquelle constatait que le patient prenait de manière irrégulière de l'Irfen et du Dafalgan.

Dans un rapport du SMR du 9 mai 2014, le Dr K._____, spécialiste en médecine du travail, a estimé que le rapport d'examen du 4 mars 2014 avait pleine valeur probante, les points litigieux importants ayant fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, se fondait sur des examens complets et prenait en considération les plaintes exprimées. Il a dès lors confirmé les conclusions des Drs L._____ et T._____ s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles retenues.

Par courrier du 19 mai 2014 à l'OAI, la Dresse M._____ a confirmé qu'après une longue période d'incapacité de travail complète, un retour en milieu de travail avait pu avoir lieu en novembre 2013, à un taux de 50% au secteur de la laverie du service de restauration du V._____. Contrairement à ce que le Dr L._____ indiquait dans son rapport, l'assuré ne travaillait pas dans un poste adapté « à la surveillance des machines et des objets ». Ne pouvant ainsi pas travailler sur les différents postes du secteur de la laverie en raison des limitations fonctionnelles, il était principalement affecté sur trois postes, à savoir la vidange des plateaux repas des patients, la sortie des tunnels de lavage et la plonge des grands accessoires de cuisine. Cette activité s'effectuait exclusivement en position debout, nécessitait des mouvements de flexion/extension et torsion du tronc à répétition, impliquait de la manutention de port de charges (déplacement de chariots de 10 à 15 kg, prendre des plateaux de 3 à 4.5 kg, en hauteur ou en bas, prendre des paniers en hauteur, déplacer des paniers de vaisselle remplis, déplacements de piles de vaisselle) et concernait une activité à la chaîne

nécessitant un rythme de travail soutenu. La Dresse M._____ a dès lors conclu que s'agissant d'une activité avec contraintes physiques, un taux de 50% apparaissait comme le maximum exigible dans ce type d'activité.

Par courrier du 18 juillet 2014, la Direction des ressources humaines du V._____ a informé l'assuré que la Médecine du personnel avait préavisé pour une réduction de son activité de 100 à 50%, le dossier étant transmis à la Caisse de pension Z._____ (ci-après : Z._____) pour détermination quant à l'octroi de ses prestations.

Le 5 septembre 2014, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision refusant sa demande de reclassement et de rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Afin de déterminer le préjudice économique et par conséquent le degré d'invalidité présenté, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Il a estimé le revenu annuel sans invalidité à 56'381 fr. en qualité d'employé de restauration et le revenu d'invalidité à 55'732 fr. 16 en se référant au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1 ; niveau de qualification 4). La comparaison des revenus mettait en évidence une perte de gain de 648 fr. 84, correspondant à un taux d'invalidité de 1.15%, insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel, ainsi qu'à une rente d'invalidité.

L'assuré a contesté le projet de décision précité le 24 septembre 2014, alléguant une capacité résiduelle de travail de 50%. Par courrier du 1^{er} octobre 2014 à l'OAI, le Dr G._____ a indiqué que son patient souffrait de lombosciatalgies gauches chroniques, d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, de douleurs acromio claviculaires sur troubles dégénératifs avec un syndrome de la coiffe des rotateurs. Son arrêt de travail était de 100% du 31 octobre 2011 au 1^{er} février 2014, puis

de 50% depuis le 1^{er} février 2014 qui se poursuivait. Sa capacité de travail définitive était de 50%, entérinée par la Z._____.

Par avis médical du 20 octobre 2014, le Dr K._____ du SMR a notamment exposé ce qui suit :

« (...).

Notre réponse est la suivante: 1/ en ce qui concerne les allégations du Dr G._____ : le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée n'est pas retenu pas [recte : par] nos deux experts lors de l'examen SMR : cf. raisons cliniques précises en p10 [page 10]. Les conclusions des rhumatologues du V._____ ne le retenait pas non plus aussi (cf. p9 [page 9]), la preuve en étant que le diagnostic positif du Syndrome d'Ehlers-Danlos type 3 est génétique : anomalies portant sur la synthèse des collagènes fibrillaires (protéine Al(III)/gène COL3A1 locus 2q31) ou sur la ténascine-X, molécule non collagénique de la matrice extracellulaire (gène TNXB, locus 6p21.3). Dès lors, les affirmations du Dr G._____, médecin traitant n'apparaissent donc, ni plausibles, ni crédibles ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et de l'examen SMR rhumatologique. Nous insistons par ailleurs qu'un simple rapport du médecin traitant, ne saurait prévaloir l'examen SMR rhumatologique, dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante. Ainsi, les pièces présentées par le Dr G._____ n'ont en conséquence qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant.

*1/ en ce qui concerne les allégations de la médecine du travail du V._____ : l'examen SMR rhumatologique, comme nos avis SMR retiennent le poste d'employé de restauration-lavage au V._____ : l'examen SMR rhumatologique décrit bien le poste en p4 [page 4], et ses activités et que l'assuré a bien repris une activité à 50% en nov.13, ce dernier décrivant une activité de surveillance des machines à laver et de contrôle, et que ce soient les bons objets qui sont acheminés dans les machines à laver. Nous notons en p8 [page 8] que cette activité était qualifiée d'adaptée dans l'appréciation. Nous précisons en p9 [page 9], qu'en dehors de l'examen clinique, la gestuelle spontanée n'est pas limitée, ni pour les épaules, ni pour les hanches. Dès que l'on passe en phase d'examen, l'assuré s'oppose au déplacement de ces articulations par des contrepulsions, se plaint de douleurs multiples, se contorsionne dans tous les sens et prend des positions atypiques pour une personne souffrant de lombalgies. Malgré les fortes douleurs alléguées par l'assuré, il se contente d'un traitement antalgique léger : Dafalgan pris de manière intermittente. *Les LF retenues étaient les suivantes: activités prolongées au-dessus de l'horizontale, port de charges de plus de 10 kg, positions statiques assise et debout de plus d'1 heure, mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire. La marche au-delà d'1 km.**

Le Dr M._____ indique en p1-2 [pages 1-2] dans ce poste non adapté, mais faisant partie de l'AH [activité habituelle], des LF [limitations fonctionnelles] plus importantes. Un 50% de CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] pourrait être recevable

dans ce contexte, bien que nous n'en soyons pas parfaitement convaincus selon les discordances rapporté[e]s ci-dessus, mais force est de constater que l'assuré garde une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100%. Nous proposons d'en terminer sur ces taux au vu du dossier. On en [recte : ne] comprend d'ailleurs pas très bien dès lors pourquoi l'assuré serait bénéficiaire d'une rente alors que l'assuré est toujours reclassable, et que c'est le rôle du médecin du travail du V._____ à qui cela incombe ».

Par décision du 23 octobre 2014, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a considéré que si l'assuré présentait une capacité de travail de 90% dans une activité d'employé de restauration-lavage, il n'en restait pas moins que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit pas d'activités prolongées au-dessus de l'horizontale, pas port de charges de plus de 10 kg, pas de positions statiques assise et debout de plus d'une heure, pas de mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire, pas de marche au-delà d'un kilomètre, l'assuré conservait une capacité de travail de 100% dès octobre 2011. L'examen clinique du SMR avait dès lors pleine valeur probante. L'avis du Dr G._____ ne contenait par ailleurs aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR.

B. Par acte du 12 novembre 2014, U._____ recourt contre la décision du 23 octobre 2014 de l'OAI, en concluant à ce qu'une décision d'entrée en matière soit prise et que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour qu'une expertise neutre soit mise en place, car il estime n'être apte qu'à 50%. Il s'étonne qu'en présence de deux positions argumentées et contradictoires, l'intimé ait pu trancher sans commander d'expertise indépendante. Or, le SMR a retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle de 90%, alors que son médecin traitant, les médecins du travail de son employeur, ainsi que le médecin-conseil de la Z._____ ont conclu à une capacité de travail de 50%. Seule une expertise pluridisciplinaire avec examen rhumatologique, serait en mesure de départager des avis aussi divergents. Il produit notamment un courrier du 21 octobre 2014 de la Z._____ l'informant qu'une rente partielle de 50% lui est octroyée dès le 1^{er} septembre 2014. Le recourant indique enfin que son revenu et ses rentes sont complétés par des PC (prestations complémentaires) famille

pour lui, son épouse et ses quatre enfants, raison pour laquelle il demande à être dispensé de l'avance de frais.

Dans sa réponse du 20 janvier 2015, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il constate notamment que l'exigibilité de 50% dont il est question dans le rapport établi le 19 mai 2014 par la médecine du personnel du V._____ se rapporte à l'activité actuelle au V._____, activité s'exerçant dans un poste qui n'est pas strictement adapté. En effet, l'assuré a été affecté principalement sur trois postes avec contraintes physiques impliquant en partie des positions, mouvements et manutentions ne respectant pas ses limitations fonctionnelles. Or, la capacité de travail de 100% est exigible uniquement dans une activité strictement adaptée aux limitations (par exemple activités de surveillance, activités industrielles légères). Au vu des précisions amenées par le V._____, il semble que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle au V._____ soit de 50% et non de 90% comme indiqué dans un rapport relatif à l'examen clinique rhumatologique du 26 février 2014. L'intimé estime toutefois que dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant dispose d'une capacité de travail entière.

Dans sa réplique du 4 février 2015, le recourant constate que dans le cadre de sa réponse, l'intimé s'est éloigné de l'affirmation qu'il présente une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle, ne retenant plus qu'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'unité spécialisée en médecine du travail considère que son nouveau poste de travail, qui n'est pas l'activité habituelle, est adapté. Il s'agit en effet d'un poste ayant avant tout une tâche de surveillance. Toutefois, même dans ce poste, une activité n'est possible qu'à 50%. Il confirme dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour établir sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans sa duplique du 2 mars 2015, l'intimé s'est référé à son écriture du 20 janvier 2015.

Par décision du 11 mai 2015, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, avec effet au 12 novembre 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (*cf.* art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (*cf.* art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (*cf.* art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (*cf.* art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (*cf.* art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (*cf.* art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (*cf.* ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; *cf.* RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité, singulièrement à un reclassement dans une nouvelle profession, et/ou à une rente, prestations qui lui ont été refusées par décision du 23 octobre 2014.

3. a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. L'octroi d'une mesure de reclassement dans une autre profession suppose, entre autres conditions, que l'assuré présente en principe une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_547/2009 du 30 octobre 2010 consid. 3, *in* SVR 2010 IV n° 16 p. 50 et I 18/05 du 8 juillet 2005 consid. 2, *in* SVR 2006 IV n° 15 p. 53).

b) Est réputée invalidité 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 (*cf.* art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (*cf.* 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (*cf.* art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (*cf.* TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (*cf.* ATF 125 V 256 consid. 4 ; *cf.* TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (*cf.* ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; *cf.* TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a ; *cf.* TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. a) Dans le cadre de la décision attaquée, l'intimé a retenu que le recourant est atteint de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs induisant une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle d'employé de restauration et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir dans une activité excluant les activités prolongées au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 10 kg, les positions statiques assise et debout de plus d'une heure, les mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire, ainsi que la marche au-delà d'un kilomètre).

Le recourant soutient que le poste qu'il occupe actuellement à 50% est adapté. Une invalidité à 50% a d'ailleurs été reconnue par la Z._____, si bien qu'il bénéficie d'une rente d'invalidité et d'une rente

pont. Il est d'avis qu'en présence de deux positions argumentées et contradictoires, l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec un volet rhumatologique.

b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 ; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

5. a) En l'occurrence, le recourant s'est plaint dès 2006 de douleurs au niveau des épaules (*cf.* remise de service de la PMU de mars 2006), puis dès 2009 au niveau des lombaires (*cf.* courrier du 15 septembre 2009 de la Dresse F. _____), dès 2011 au niveau des hanches (*cf.* notamment rapport du 10 octobre 2011 relatif à une radiographie de la hanche gauche face/profil) et enfin au niveau du membre inférieur gauche. Dans le cadre de l'examen clinique du 26 février 2014, l'intéressé a indiqué que c'était la douleur lombaire irradiant dans la fesse gauche et la douleur de l'épaule gauche qui le gênaient le plus dans les activités quotidiennes. Malgré une prise en charge *lege artis* par le V. _____ et le Dr G. _____, l'évolution a été défavorable, l'assuré ne supportant pas la position debout plus de 15 minutes, se déplaçant avec une béquille ou s'appuyant contre le mur (*cf.* rapport du Dr K. _____ du 9 mai 2014).

b) Le recourant ne conteste pas véritablement les diagnostics qui ont été finalement retenus par les Drs L._____ et T._____ dans leur rapport du 4 mars 2014, mais leur répercussion sur la capacité de travail, respectivement sur les limitations fonctionnelles à retenir. Les médecins précités ont ainsi posé les diagnostics de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, le diagnostic de douleurs poly-articulaires d'origine non spécifique n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont exclu le diagnostic de fibromyalgie, la recherche de points douloureux spécifiques ne révélant qu'un point algique au niveau de l'épicondyle gauche. Ils ont écarté le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée initialement retenu par le Dr P._____ (rapport du 23 janvier 2012), le score d'hypermobilité articulaire selon Brighton étant à 3/9, alors qu'un minimum de quatre points est requis.

Au niveau cervico-dorso-lombaire, les Drs L._____ et T._____ ont confirmé les conclusions du rapport d'IRM du 23 juin 2011 laquelle ne montrait qu'une légère atteinte dégénérative des articulations facettaires postérieures lombaires et une uncarthrose cervicale débutante, ce qui avait permis d'exclure une hernie discale, une compression radiculaire, une fracture ou une inflammation localisée. Ils ont qualifié les atteintes dégénératives de légères, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail complète dans la profession d'employé de restauration.

Au niveau du bassin, de nombreux examens ont été pratiqués en lien avec les lombalgies et les difficultés au niveau de la marche. L'IRM effectuée le 17 novembre 2011 a montré des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales sans atteintes dégénératives manifestes et a conclu à une enthésopathie du moyen fessier gauche, sans bursite associée et à une suspicion de déchirure labrale gauche à corrélérer avec un examen clinique. Cette hypothèse n'a toutefois pas été confirmée par l'examen clinique pratiqué par le Dr P._____ qui a finalement retenu une tendinite du moyen fessier (rapport du 23 janvier 2012). Par ailleurs, différentes

investigations ont été menées par des spécialistes, lesquels ont finalement exclu une cause vasculaire (rapport de la Prof. D. _____ du 26 juin 2012), neurologique (rapport du Prof. B. _____ du 8 août 2012) et rhumatismale (rapport des Drs C. _____ et N. _____ du 3 mars 2010). Dans le cadre d'une consultation orthopédique du 5 avril 2012 faisant suite à des douleurs dans la région fessière irradiant dans la région trochantérienne et dans la face latérale de la jambe et des douleurs lombaires basses, le Dr W. _____ a uniquement retenu comme diagnostic des lombosciatalgies fonctionnelles gauches, tout comme le Dr G. _____ qui a, dans son rapport du 1^{er} mai 2012 à l'OAI, posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches. Les Drs L. _____ et T. _____ ont finalement exclu une tendinite du moyen fessier incapacitante, le recourant étant en mesure de monter et descendre plusieurs marches d'escaliers sans soutien (cf. rapport du 23 janvier 2012 du Dr P. _____).

Au vu de l'ensemble des rapports précités, il n'y a pas de motif qui justifierait de s'écarter des diagnostics finalement posés par les experts, à savoir ceux de lombalgies chroniques fonctionnelles dans un contexte d'arthrose facettaire lombaire légère multi-étagée (M54.5) et de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, les radiographies épaules, bassin et hanches effectuées le 20 mars 2014 s'avérant au demeurant dans les limites de la norme. Certes, les Drs G. _____ (courrier du 1^{er} octobre 2014) et M. _____ (courrier du 19 mai 2014) ont également fait état d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée sans toutefois fournir la moindre explication quant aux motifs permettant de retenir un tel diagnostic et à son éventuelle répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé.

c) aa) S'agissant de la capacité de travail du recourant, les Drs L. _____ et T. _____ ont estimé que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit pas d'activités prolongées au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de positions statiques assise et debout de plus d'une heure, pas de mouvements de torsion, de flexion et d'extension répétitifs du rachis lombaire, pas de

marche au-delà d'un kilomètre, il conservait une capacité de travail de 100% dès octobre 2011, appréciation confirmée par le Dr K. _____ du SMR (rapport du 9 mai 2014). Qualifiant l'activité habituelle de légère, ils ont toutefois conclu à une baisse de rendement de 10% pour tenir compte des changements de position et des mouvements d'étirements musculaires et capsulaires dans un but antalgique.

bb) Le recourant est d'avis que l'appréciation des experts est contradictoire avec celle décrite le 19 mai 2014 par la Dresse M. _____, cheffe de la médecine du personnel du V. _____. Cette praticienne a ainsi mentionné qu'un retour en milieu du travail avait pu avoir lieu en novembre 2013 à un taux de 50% au secteur de la laverie du service de restauration du V. _____, mais que l'intéressé ne travaillait pas à un poste de « surveillance des machines et objets » comme retenu par les experts. En raison des limitations fonctionnelles présentées, un reclassement de 50% était un maximum. Contrairement à l'avis du recourant, on ne saurait parler en l'occurrence de contradiction dans l'appréciation de sa capacité de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée. Si l'on se réfère au rapport du 4 mars 2014 (cf. anamnèse professionnelle, p. 4) des Drs L. _____ et T. _____, il semble que le travail physique décrit par l'assuré avec un horaire à plein temps concernait l'activité habituelle avant le mois d'octobre 2011. Dans le cadre de la reprise d'une activité au V. _____ en novembre 2013, les experts ont consigné les déclarations de l'assuré, respectivement de l'interprète, de la manière suivante : « Il a repris une activité à 50% au V. _____ depuis novembre 2013 dans un poste adapté. L'activité est moins physique. Il surveille les machines à laver et contrôle que ce sont les bons objets qui sont acheminés dans les machines à laver. Les horaires de ce nouveau travail sont de 17h00 à 21h00. Il y a une pause de 15 minutes. L'assuré dit régulièrement s'asseoir. Son chef lui aurait dit qu'il travaille moins que les 50% annoncés ». Or, d'après les précisions de la Dresse M. _____, l'assuré est en réalité affecté depuis novembre 2013 à trois postes, à savoir la vidange des plateaux repas des patients, la sortie des tunnels de lavage et la plonge des grands accessoires de cuisine. Cette activité à la chaîne exigeant un travail

soutenu s'effectue exclusivement en position debout, nécessite des mouvements de flexion/extension et torsion du tronc à répétition, implique de la manutention de charges (déplacements de chariots de 10 à 15 kg, prise de plateaux de 3 à 4.5 kg en hauteur et en bas, des paniers en hauteur, le déplacement des paniers de vaisselle remplis et de piles de vaisselle).

cc) Au vu de la description du poste assumé par le recourant dès novembre 2013, laquelle ne concorde manifestement pas avec les déclarations de l'intéressé aux experts, il sied de retenir que cette activité ne saurait être considérée comme une activité adaptée, puisqu'elle ne respecte pratiquement aucune des limitations fonctionnelles mises en évidence par les experts. A cet égard, il est surprenant que dans le cadre de sa réplique du 4 février 2015, le recourant persiste dans ses déclarations, puisqu'il indique que « l'unité spécialisée en médecine du travail considère mon nouveau poste de travail (qui n'est plus l'activité habituelle) comme adapté. Il s'agit en effet d'un poste ayant avant tout une tâche de surveillance ». Par conséquent, compte du fait qu'une activité adaptée à 100% est exigible de l'assuré, il n'est pas nécessaire de déterminer si la capacité de travail dans l'activité habituelle d'employé de restauration est de 50%.

dd) En tout état de cause, contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'estimation de l'invalidité d'un assuré que fait une institution de prévoyance ne lie en aucun cas les organes d'application de la LAI. En effet, le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité et la force contraignante qui en découle quant à l'évaluation de celle-ci (principe, taux et début du droit) ne vaut que dans un sens : l'institution de prévoyance est liée en principe par l'estimation de l'organe de l'AI compétent lorsqu'elle reprend dans son règlement la définition de l'invalidité de l'AI, mais non l'inverse. Ainsi donc, selon la jurisprudence, si une institution de prévoyance accorde une rente d'invalidité pendant la réadaptation ou au cours de l'examen du droit à une rente par l'organe de l'AI, son estimation de l'invalidité n'est pas déterminante pour l'office AI (TFA I 82/03 du 29 août 2003 consid. 2.4 et les références citées). Dans le

cas d'espèce, la rente d'invalidité partielle de 50% accordée au recourant par la Z. _____ dès le 1^{er} septembre 2014, ainsi qu'une rente-pont AI (cf. décision du 21 octobre 2014) ne sauraient par conséquent lier l'intimé dans la fixation du taux d'invalidité de l'intéressé selon la LAI.

d) Cela étant, l'autorité de céans ne voit de toute façon aucun motif qui justifierait de s'écarter des observations consignées par les Drs L. _____ et T. _____, dont le rapport du 4 mars 2014 remplit de fait les réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut (cf. *supra* consid. 3d) pour se voir accorder pleine valeur probante. Le recourant ne fait en particulier pas état d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - que les experts auraient ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. Le dossier ne contient finalement aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation des experts quant à la capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée. A cet égard, il y a lieu de relever qu'aucun des médecins consultés ne s'est prononcé sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, y compris la Dresse M. _____, laquelle s'est focalisée sur l'activité déployée par le recourant au V. _____ dès 2013. Les experts ont par ailleurs procédé à un examen clinique détaillé de l'assuré et fait part de leurs conclusions convaincantes et motivées, ce en pleine connaissance du dossier. Ils ont relevé l'ensemble des plaintes formulées par le recourant non sans mentionner les éléments organiques à l'origine des limitations retenues, leurs conclusions s'avérant en définitive en parfaite concordance avec les constatations radiologiques objectives. Aussi, en l'absence d'élément concret susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et d'ébranler les observations convaincantes des Drs L. _____ et T. _____, il n'y a pas lieu procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 ; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

En conséquence, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé (*cf.* réponse du 20 janvier 2015), que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée au vu de ses limitations fonctionnelles.

6. Le taux d'invalidité calculé par l'intimé sur la base des constatations de fait qui précèdent, soit 1.15%, n'est pas critiquable et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part du recourant, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant. Partant, il y a lieu de considérer que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce qui exclut tout droit à une rente de l'assurance-invalidité, ainsi qu'à une mesure de reclassement en l'absence d'une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20%.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances desdits (*cf.* prononcé du 11 mai 2015), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; *cf.* art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 23 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- U. _____,
- 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 :