

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 avril 2020

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Peter et Riesen, assesseurs  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap Service juridique, à Bienne,

et

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

## **E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie-Herzégovine né en [...], marié et père de trois jeunes enfants, résidant en Suisse depuis 2010, au bénéfice d'un permis F, ayant suivi une formation de carrossier de 2001 à 2004 en Bosnie, a déposé, par l'intermédiaire de l'établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM), une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 septembre 2016, indiquant souffrir de troubles psychiques depuis 2012.

Dans un rapport du 22 novembre 2016, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie au sein du cabinet du Dr P.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique (F43.1), d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de difficultés liées à l'environnement social (F60) existant depuis 2012. Elle a indiqué que l'assuré avait exercé comme maçon et aide dans une boucherie avant son arrivée en Suisse, mais n'avait depuis lors plus travaillé. S'agissant des restrictions, la Dre K.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré était fragile au niveau psychique avec des crises d'angoisse et de tristesse qui se présentaient sans facteurs déclenchants, qu'il se sentait persécuté et avait des hallucinations auditives et visuelles pendant la journée et la nuit qui l'obligeaient à s'arrêter et à se calmer, qu'il supportait mal le stress, se sentait souvent fatigué pendant la journée à cause de son traitement médicamenteux. Au niveau physique, la Dre K.\_\_\_\_\_ a relevé que l'intéressé présentait des maux de dos depuis des années qui l'empêchaient de porter des charges lourdes. Selon cette praticienne, au vu de la fragilité de l'assuré, son rendement était clairement réduit et il ne pourrait plus travailler comme maçon. Il existait un besoin d'évaluer d'abord ses capacités de travailler vu sa santé fragile et le fait qu'il n'avait pas travaillé depuis des années.

Étaient notamment joints au rapport de la Dre K.\_\_\_\_\_ les documents suivants :

- un rapport du 29 décembre 2015 des Drs [...] et [...] de l'Hôpital psychiatrique de C.\_\_\_\_\_, exposant notamment ce qui suit :

« M. D.\_\_\_\_\_ est hospitalisé dans notre établissement pour une mise à l'abri d'un geste auto-agressif dans le contexte d'une symptomatologie dépressive avec symptômes psychotiques.

Durant l'hospitalisation, Monsieur peine à mettre en évidence un facteur de crise déclenchant la péjoration de sa situation. Il mentionne des conflits avec son épouse et vit difficilement le manque de perspectives en Suisse en lien avec le refus concernant sa demande de permis de séjour.

En Suisse depuis trois ans, il a reçu plusieurs avis d'expulsions, toujours reportés. Il trouve cette procédure illogique, car trop distante de son arrivée en Suisse. Et bien que cette situation sociale incertaine semble être un facteur de stress important pour lui, il s'y intéresse peu. Il laisse ainsi le soin à sa femme et à son avocat du [...] de gérer sa situation.

Concernant le diagnostic, nous retenons un Etat de Stress Post Traumatique ainsi qu'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en lien avec la symptomatologie précitée.

On note une évolution favorable sur les symptômes thymiques avec une amélioration de l'humeur et des idées délirantes de persécution. Au terme du séjour, persistent une hypervigilance, des flash backs, des troubles du sommeil, ainsi que des symptômes anxieux. Il est probable que la différence de langues puisse prêter à confusion concernant d'éventuelles hallucinations visuelles et auditives, des éléments actuellement présents s'insérant plutôt dans le cadre de flash backs. Pour un éventuel futur épisode, il faudrait cependant évoquer une pathologie du spectre.

A un autre niveau, le comportement passif-agressif de Monsieur, ainsi que les troubles du comportement qu'il a présenté avant sa sortie, nous amène à évoquer un possible trouble de la personnalité qu'il conviendrait d'investiguer à distance d'une période de crise.

[...]

La veille de la sortie, Monsieur s'agite dans le service, jette des objets par terre, se montre insultant envers un des infirmiers du service. Il explique se sentir trahi par l'équipe, qui ne percevrait pas sa détresse. Nous maintenons cependant la sortie, Monsieur demandant au final un lieu de vie plutôt qu'une modification de sa prise en charge psychiatrique actuelle » ;

- un rapport du 20 mai 2016 de l'Hôpital psychiatrique de C.\_\_\_\_\_, - où l'assuré a séjourné du 18 novembre 2015 au 18 janvier 2016 -, rédigé par les Drs [...] et [...], posant les diagnostics d'état de stress post traumatique (F43.1), d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques et dont on extrait ce qui suit :

### « Synthèse - Discussion et évolution

Nous admettons Monsieur dans notre service en admission volontaire.

La question du diagnostic est complexe. Monsieur présente une symptomatologie dépressive importante : baisse de sa thymie de manière prolongée, perte de motivation, idéations suicidaires, ruminations et troubles du sommeil. Il évoque également des hallucinations visuelles complexes, pensant voir la femme qui s'est jetée sur lui pour le protéger lorsqu'il est seul. Il pourrait interagir avec cette femme. Enfin, des éléments potentiellement en lien avec un état de stress post traumatique sont présents : reviviscence, hypervigilance, sentiment d'insécurité permanent, troubles du sommeil, idées de persécution. Avis est pris dans le cadre d'un consilium auprès du Dr [...] de la section Minkowski. Il retient un diagnostic d'état de stress post traumatique, en raison d'une absence d'incohérence idéo affective, dissociation sur ce plan en revanche. La perte de confiance envers l'environnement immédiat est en lien avec le traumatisme, et le trouble hallucinatoire est superposable au passé. La complexité des hallucinations visuelles permet également d'écartier une éventuelle épilepsie selon les épiléptologues du [...].

Sur le plan pharmacologique, la sertraline est augmentée à 200mg par jour durant l'hospitalisation. Un traitement de solian est également introduit jusqu'à une dose de 800mg par jour. Le patient rapporte une légère diminution des troubles perceptifs sous ce traitement. Le remeron à 30mg permet une amélioration des troubles du sommeil avec une majoration de l'effet antidépresseur de la sertraline.

Concernant la crise actuelle, plusieurs facteurs peuvent être relevés. Au premier plan la situation sociale précaire. La famille peine à comprendre le sens d'un renvoi après avoir séjourné 5 ans en Suisse, et Monsieur est inquiet de la qualité des soins psychiatriques qui pourraient lui être dispensés en Bosnie. Le décès de son père semble également, mettre en conflit une colère envers son père suite aux maltraitances subies, et la tristesse liée aux événements. Enfin, la relation de couple s'est modifiée récemment. Madame est également suivie en psychiatrie, et présente depuis quelques mois une

amélioration franche de son état psychique. Jusque-là, D. \_\_\_\_\_ apportait un soutien important à son épouse et s'est lui qui s'occupait de ses trois enfants. Monsieur perd ainsi sa fonction de protecteur, et se place dans une position passive vis à vis de sa compagne. Sur le plan social, plusieurs certificats sont envoyés au SAJE pour faire valoir les droits de la famille et D. \_\_\_\_\_ a fait recours contre la décision de renvoi. Le couple est désormais à l'aide d'urgence » ;

Dans un rapport du 4 janvier 2017, les Drs V. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ de la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU) ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post traumatique (F43.1), d'épisode dépressif moyen (F32.1), de difficultés liées à l'environnement social (F60), de lombalgies chroniques non spécifiques et de douleurs mal systématisées du membre supérieur gauche, avec possible neuropathie du tronc cubital gauche, diagnostiquée en 2011. Ils ont indiqué que sur le plan somatique, les douleurs lombaires permettraient une éventuelle activité adaptée, mais ne permettraient plus celle de maçon, que l'assuré pourrait exercer une activité uniquement en position assise avec des pauses permettant le changement de position, précisant qu'il ne pourrait pas exercer d'activités uniquement en position debout, nécessitant un port de charges trop importantes, de travailler au-dessus des bras ou le port de charges près ou loin du corps.

L'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce (MIP) externalisée auprès de la Fondation [...], à [...] (ci-après : la Fondation [...]) (cf. communication de l'OAI du 31 mars 2017). Dans ce cadre, l'assuré a effectué un stage dans le domaine du tri et recyclage du 4 juillet au 2 septembre 2017 à 50 %. Selon le compte-rendu de la Fondation IPT du 8 septembre 2017, le retour de l'employeur était positif, l'assuré s'était montré ponctuel et organisé, mais avait avoué ne pas pouvoir travailler à plus de 50 %. Ses difficultés linguistiques ont été mises en avant, son niveau de français devant être augmenté pour reprendre un emploi.

Dans un rapport à l'OAI du 4 septembre 2017, la Dre K. \_\_\_\_\_ a réitéré les diagnostics posés dans son précédent rapport du 22 novembre 2016, précisant que l'évolution était positive du fait du stage

effectué à 50 %, taux qui convenait à l'assuré. Au nombre des limitations fonctionnelles, elle a fait état de maux de dos et des jambes, ainsi que de moment de stress et d'anxiété. Selon la Dre K.\_\_\_\_\_, l'assuré disposait d'une aptitude à bénéficier de mesures de réinsertion, à raison d'au moins deux heures par jour, quatre jours par semaine, sans impératif de rendement.

Ce nonobstant, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient alors pas envisageables (cf. communication de l'OAI du 22 septembre 2017).

Répondant aux questions de l'OAI, les Drs [...] et [...], de la [...], ont, dans leur rapport du 15 septembre 2017, posé les diagnostics somatiques avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et douleurs mal systématisées du membre supérieur gauche, avec possible neuropathie irritative du tronc cubital gauche, précisant que ces douleurs chroniques étaient à mettre dans un contexte d'état de stress post-traumatique et d'épisode dépressif avec des difficultés liées à l'environnement social. Ils ont relevé que l'état de santé de l'assuré demeurait stable, qu'il était actuellement handicapé par des lombalgies particulièrement invalidantes dans les activités de la vie quotidienne, que la position statique lui était extrêmement difficile et le port de charges lourdes impossible. Selon ces praticiens, d'un point de vue somatique, un travail dans une activité adaptée aux lombalgies, soit une activité en position assise avec des pauses, pourrait éventuellement être envisageable, les limitations fonctionnelles étant la position debout et le port de charges importantes.

Dans son avis du 18 octobre 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a notamment considéré, sur la base du rapport de la [...], que la situation était claire sur le plan rhumatologique, retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a recommandé la

réalisation d'une expertise en l'absence d'éléments permettant de se prononcer.

Fort de ce constat, l'OAI a mandaté une expertise psychiatrique, menée par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et celui, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif majeur en rémission à subclinique. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a pour le surplus exposé ce qui suit :

## **« 7. ÉVALUATION MÉDICALE ET MÉDICO-ASSURANTIELLE**

### **7.1. RÉSUMÉ DE L'ÉVOLUTION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE, ET DE LA SANTÉ DE L'ASSURÉ(E), Y COMPRIS DE SA SITUATION PSYCHIQUE, SOCIALE ET MÉDICALE ACTUELLE**

*Avis concernant la personnalité de l'assuré(e), notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social.*

Monsieur D.\_\_\_\_\_ est un homme [né] en Bosnie, le [...]. Il donne des renseignements très peu précis, notamment sur les différentes années de naissance de ses proches. On croit savoir que son frère est décédé il y a quelques années, tout comme sa mère il y a deux ans, apparemment pour des raisons que l'assuré ne connaît pas, en tout cas il est incapable de donner leur âge.

D.\_\_\_\_\_ n'évoque pas, questionné précisément sur ce point, d'éléments suggérant une maltraitance durant l'enfance.

On apprend que durant la guerre en Bosnie, aucun membre de sa famille, nous affirme-t-il, n'aurait été blessé ou tué. Il paraît bon de rappeler que la guerre en Bosnie-Herzégovine a débuté le 06.04.1992 avec la proclamation d'indépendance du pays et s'est achevée avec les accords de Dayton de 14.12.1995, autrement dit, Monsieur D.\_\_\_\_\_ avait environ six ans et s'est terminée, lorsqu'il avait neuf ans.

Cela ne l'a pas empêché de mener à bien une scolarité obligatoire, une formation de soudeur et des cours théoriques semble-t-il de carrossier, tout comme il aurait travaillé avant de partir en Slovénie pour chercher du travail. On sait que Monsieur D.\_\_\_\_\_ est venu une première fois en Suisse en 2010. Pour des raisons qu'on ne peut élucider, il serait reparti

avec une mesure de retour au pays en 2010, deux mois, puis serait revenu déposer une demande d'Asile.

Rien n'indique que Monsieur D. \_\_\_\_\_ ait présenté de graves troubles psychiques, avant une prise en charge à la PMU en 2013, épisode qui correspond à la première décision de renvoi, jusqu'à la dernière de 2015, qui a suscité son hospitalisation.

C'est dans ce contexte que Monsieur D. \_\_\_\_\_ est hospitalisé en 2015 et en 2016 à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, où les diagnostics de trouble dépressif majeur sévère et un état de stress post-traumatique sont retenu[s], la première fois avec symptômes psychotiques et la seconde fois sans symptôme psychotique. Il est évoqué néanmoins une tante décédée pendant la guerre, ensemble d'éléments au demeurant que Monsieur D. \_\_\_\_\_, malgré de nombreuses questions, n'a jamais évoqué. A chaque fois il est mis en évidence comme facteur de stress, la situation sociale et les mesures d'expulsion. D'ailleurs la sortie de l'Hôpital de 2015 n'est pas sans problème, puisque Monsieur D. \_\_\_\_\_ se serait montré violent et insultant avec les infirmières du service lorsqu'il s'agissait de mettre un terme à cette hospitalisation.

La seconde hospitalisation le 17.11.2015, semble aussi motivée par des difficultés liées au logement et les conditions économiques, ainsi que les procédures de renvoi, que Monsieur D. \_\_\_\_\_ ne comprend pas et pour lesquelles il a fait appel à un avocat. Il est mentionné le décès de son père également, en 2015, alors que l'assuré est incapable de donner la moindre information concrète et précise à ce sujet.

Monsieur D. \_\_\_\_\_ a par la suite été pris en charge au cabinet médical du Dr P. \_\_\_\_\_, par une médecin assistante, en l'occurrence la Dresse K. \_\_\_\_\_, qui manifestement a quitté le cabinet médical. Nous avons à ce titre adressé un courrier à son successeur, la Dresse X. \_\_\_\_\_, qui n'a pas donné suite à notre demande de renseignements.

S'agissant de sa capacité de travail, il est quand même noté par le Dr P. \_\_\_\_\_ qu'il est besoin d'évaluer sa capacité de travail vu sa santé fragile et qu'il n'a pas travaillé depuis des années. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'il a intégré l'IPT le 10.04.2017, où il n'est pas mis en évidence de symptômes ou de comportements suggérant une pathologie psychique manifeste ; il est décrit comme très motivé à l'idée de réaliser un stage au plus vite, mais n'arrive pas à imaginer le trouver par ses propres moyens. A ce titre, ses limitations en français jouent un rôle non négligeable, raison pour laquelle il a bénéficié d'ailleurs de cours qui néanmoins semblent largement insuffisants pour qu'il puisse s'exprimer dans notre langue.

Monsieur D.\_\_\_\_\_ décrit aussi que son moral est très bon, 10 sur une échelle de 1 à 10, malgré un sommeil décrit d'une qualité médiocre, dormant quatre heures par nuit. Actuellement il n'y a donc aucun des symptômes ou des problèmes que l'on retrouve dans les deux rapports d'hospitalisation, et ceux du médecin assistant auprès du Dr JD.\_\_\_\_\_. Seule une fatigabilité, des problèmes de concentration, semblent mis en exergue pour justifier qu'il ne peut pas travailler à plus de 50%. Lors de notre entretien, D.\_\_\_\_\_ est très équivoque s'agissant de sa capacité de travail et sa véritable motivation.

## **7.2. EVALUATION DE L'ÉVOLUTION À CE DE JOUR S'AGISSANT DES TRAITEMENTS, DES MESURES DE RÉADAPTATION, ETC., DISCUSSION DES CHANCES DE GUÉRISON**

### *7.2.1 Thérapie suivie jusqu'à présent, nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage*

Monsieur D.\_\_\_\_\_ a des entretiens hebdomadaires avec la Dresse K.\_\_\_\_\_. Son traitement consiste en Remeron 30 mg 1 cp/j ; Atarax 25 mg 4 cp/j ; Latuda 80 mg 1 cp/j ; Lexotanil 1,5 mg 4 cp/j en réserve ; Seroquel 100 mg 1 cp/j ; Sertraline 100 mg 2 cp/j.

### *7.2.2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré(e) au cours des thérapies effectuées. Avis concernant la question de savoir si les problèmes de compliance sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré(e).*

Monsieur D.\_\_\_\_\_ s'est montré coopérant lors de son stage à l'IPT et semble se rendre régulièrement à ses entretiens psychothérapeutiques, tout comme la compliance au traitement est bonne, ceci explique cela.

### *7.2.3. Adéquation du traitement actuel. Options thérapeutiques envisageables. Evolution de la maladie.*

Non, Monsieur D.\_\_\_\_\_ bénéficie d'une prise en charge dans les règles de l'art.

### *7.2.4. Appréciation du potentiel de réadaptation professionnelle (coopération de l'assuré(e), ressources, difficultés, exigibilité).*

Le potentiel de réadaptation existe, mais manifestement la coopération de l'assuré risque d'être compliquée. Depuis 2010, il avait alors 24 ans, il n'a jamais plus exercé d'activité lucrative mis à part le bref stage à IPT en 2017, il ne dispose dans les faits probablement que de peu de compétences professionnelles exploitables sur le premier marché de l'emploi en Suisse. Les limitations en français rendent aussi difficiles

ses perspectives d'avenir et semble-t-il son statut administratif n'est toujours pas clarifié. Ce sont des événements qui sortent largement du champ médical, qui subitement ont fait changé l'assuré qui se disposait prêt à débiter une réadaptation toute perspectives à ce sujet, sûrement en raison de solides bénéfices secondaires.

### **7.3 EVALUATION DE LA COHÉRENCE ET LA PLAUSABILITÉ**

*7.3.1. Avis sur la présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivis (eu égard à l'intensité des souffrances)*

Il n'y a pas de limitation de cet assuré dans sa vie de famille, les loisirs, et il n'est manifestement pas un sujet souffrant actuellement, comme il l'a été démontré dans le stage auprès d'IPT. En d'autres termes, la discordance est manifeste entre actuellement l'absence de perspectives professionnelles et son fonctionnement extra-professionnel parfaitement conservé.

*7.3.2. Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assuré(e) sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles.*

Ils ne sont ni cohérents ni plausibles au vu des différents éléments que nous avons indiqué, notamment notre examen clinique, avec une discordance entre ses déclarations et son fonctionnement objectif quotidien au niveau social, familial et des loisirs.

*7.3.3. Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations médicales antérieures disponibles.*

Les informations divergentes ressortant du dossier médical résultent certainement d'un moment difficile de cet assuré, face aux perspectives de renvoi dans son pays, il a produit un bon nombre de symptômes, qui aujourd'hui ne sont pas allégués. L'histoire personnelle et les éléments anamnestiques divergent d'une fois à l'autre, ce qui donne un sentiment de manque de cohérence globale dans le récit de cet assuré et la subite amélioration lors du stage [...] en 2017 va aussi dans ce sens.

Certaines écoles font systématiquement le postulat de sincérité de leurs patients. Si ce postulat tient bien évidemment une place fondamentale dans la relation médecin-malade lorsque l'on est dans un champ d'un « mandat de

traitement », dans le « mandat d'expertise », la mission du praticien est tout autre. L'expert doit alors évaluer les plaintes de façon critique et la possibilité d'un trouble factice, au sens médical du terme, d'une majoration des symptômes, voire d'une simulation fait aussi partie de la démarche scientifique du diagnostic différentiel. Dans la réalité, il faut bien constater la fréquente confusion entre le rôle d'expert et celui de thérapeute, ce qui donne parfois lieu à certains malentendus ou à des positions radicalement conflictuelles.

#### *7.3.4. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé*

Il est difficile de connaître son niveau d'activité avant l'apparition des troubles psychiques. On sait comme nous l'avons indiqué qu'il a fait preuve de nombreuses ressources personnelles dans le cadre de ses recherches d'emploi dans son pays et en Slovénie et dès son arrivée en Suisse. Aujourd'hui encore, il sait mobiliser le corps médical et les avocats lorsqu'il s'agit de défendre ses droits. En d'autres termes, en l'absence de troubles psychiques incapacitants à l'heure actuelle, il a retrouvé son niveau d'activité à son arrivée en Suisse.

#### *7.3.5. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)*

Il n'y a aucune répercussion des troubles actuels dans ses activités ménagères, loisirs, sociales et potentiellement lucratives.

### **7.4 APPRÉCIATION DES CAPACITÉS, DES RESSOURCES ET DES DIFFICULTÉS**

#### *7.4.1. Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation, de l'assuré(e), de sa personnalité et de sa disposition à coopérer.*

Monsieur D. \_\_\_\_\_ est très entouré par son épouse, ses enfants, sait solliciter un suivi médical ou des avocats, il a montré qu'il était capable de coopérer. Maintenant des éléments qui sortent largement du champ médical comme l'éloignement du monde du travail, l'absence de compétences professionnelles exploitables en Suisse, son manque de maîtrise du français, des facteurs socio-culturels et le risque de renvoi sont au premier plan.

7.4.2. *Avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré(e).*

C'est surtout des facteurs extra-médicaux qui aboutissent à la situation figée actuelle chez un assuré qui ne peut s'imaginer reprendre ou débiter une activité professionnelle.

7.4.3. *Distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non.*

Des causes non médicales sont au premier plan de notre point de vue, depuis au moins avril 2017, comme nous l'avons développé dans les différents sous-chapitres précédents.

[...]

Rien n'indique que Monsieur D. \_\_\_\_\_ ne soit pas capable de s'adapter à des règles de routine, il est capable de planifier ses journées, ses loisirs, il a toujours démontré de bonnes capacités d'adaptation depuis la fin de l'âge adulte jusqu'à son arrivée définitive en Suisse, tout comme après il a su trouver différentes voies pour faire des recours. L'application des compétences professionnelles reste relative chez ce sujet sans formation, et qui maintenant n'a guère de perspectives objectives d'être engagé. L'assuré est capable de prendre des décisions, d'avoir des jugements, l'endurance est peut-être altérée et peut-être diminuée vu l'éloignement et la durée de l'éloignement du monde du travail, autrement dit il est déconditionné. D. \_\_\_\_\_ sait affirmer ses besoins, a des bons contacts avec les tiers, évoluer en groupe, comme indiqué au stage [...], n'a pas été un problème pour lui. Les relations familiales et intimes sont investies. Dans les faits il a aussi de nombreuses activités spontanées, loisirs etc... avec ses enfants. Ses soins personnels et ses déplacements sont bien conservés.

## **8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT**

### **8.1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici.**

- **Combien d'heures de présence l'assuré(e) peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?**

D. \_\_\_\_\_ n'a jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse.

La capacité de travail est donc entière dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation. On peut éventuellement retenir une incapacité de travail contextuelle à la date de sa première hospitalisation le 09.02.2015. Dans le

rapport du Dr JP. \_\_\_\_\_ 22.11.2016 il est mentionné que la capacité de travail serait augmentée si les crises d'angoisses sont moins puissantes et que l'assuré doit alors commencer des mesures professionnelles qui étaient effectifs au moins d'avril autrement dit il y a donc une contre-indication concernant la capacité de travail médico-théorique entière, sur la base des éléments objectifs qui ont été observés et qu'on retrouve dans le dossier médical, y compris auprès du stage IPT.

- **Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?**

La performance ne devrait pas être réduite massivement chez un assuré qui [est] somme toute très jeune.

- **A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré(e) dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?**

100% dès le 22.11.2016.

- **Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?**

D'un point de vue objectif, probablement favorable, mais il y a de nombreux indices qui laissent à penser que des facteurs extra-médicaux vont interférer avec cette situation.

## **8.2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré(e)**

- **Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré(e) ?**

Nettoyeur, aide de cuisine, vaisselle, activité manuelle sans qualification.

La capacité de travail est donc entière dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation. On peut éventuellement retenir une incapacité de travail contextuelle à la date de première hospitalisation le 09.02.2015. Dans le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ 22.11.2016 il est mentionné que la capacité de travail serait augmentée si les crises d'angoisses sont moins puissantes et que l'assuré doit alors commencer des mesures professionnelles qui étaient effectifs au moins d'avril autrement dit il y a donc une contre-indication concernant la capacité de travail médico-théorique entière, sur la base des éléments objectifs qui ont été observés et qu'on retrouve dans le dossier médical, y compris auprès du stage IPT.

- **Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?**

100%.

- **La performance de l'assuré(e) serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?**

La performance ne devrait pas être réduite massivement chez un assuré qui somme toute est très jeune.

- **A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré(e) dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?**

100%.

- **Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?**

D'un point de vue objectif, probablement favorable, mais il y a de nombreux indices qui laissent à penser que des facteurs extra-médicaux vont interférer avec cette situation.

### **8.3. Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail.**

- **D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?**

Non, Monsieur D. \_\_\_\_\_ bénéficie d'une prise en charge dans les règles de l'art [...] ».

Dans un rapport du 9 janvier 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR a recommandé de suivre les conclusions de l'expertise qui apparaissaient justes et convaincantes. Il a en particulier relevé que les constatations cliniques et l'appréciation expliquaient bien la prise de position de l'expert, la vie quotidienne ne montrerait pas de limitations fonctionnelles patentes, l'assuré allant à la piscine matin et soir, que les incohérences préalablement relevées par le SMR étaient confirmées et que des causes non médicales étaient au premier plan et expliquaient une absence de volonté de travailler.

Se fondant sur l'avis SMR précité, l'OAI a, par projet de décision du 14 février 2019, signifié à l'assuré son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail était entière dans toute activité de son domaine de compétence.

Le 10 avril 2019, l'assuré, représenté par Procap, s'est opposé à ce projet de décision, soutenant que l'établissement des faits médicaux était lacunaire sur les plans psychiatrique et somatique. Il a demandé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

A l'appui de sa prise de position, il a produit un rapport de la Dre P.\_\_\_\_\_, psychiatre assistante au sein du cabinet du Dr P.\_\_\_\_\_, du 29 mars 2019, retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, fondés sur un certain nombre de symptômes énumérés dans le status. Parmi ceux-ci, la Dre X.\_\_\_\_\_ a relevé des troubles de la concentration et de la mémoire objectivés par un test psychométrique dans la langue maternelle de l'assuré. Elle a observé également plusieurs aspects critiquables du rapport d'expertise et a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % avec une baisse de rendement de 50 %.

Par décision du 12 juillet 2019, l'OAI a confirmé son projet du 14 février 2019 et rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité de son domaine de compétence.

**B.** Par acte du 16 septembre 2019, D.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Procap Service juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il sollicite d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée au frais de justice. Sur le fond, le recourant conteste l'instruction médicale de son dossier, en

particulier les conclusions de l'expertise psychiatrique, ainsi que celles du SMR admettant une absence de limitations sur le plan somatique.

Par décision du 15 octobre 2019, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 septembre 2019, dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires et de leurs avances.

Dans sa réponse du 12 novembre 2019, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, renvoyant pour l'essentiel aux différents avis de son Service médical régional.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

**6. a)** En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le recourant conteste les conclusions du rapport d'expertise du 15 novembre 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_. En particulier, il fait valoir que les diagnostics mis en évidence par la Dre X.\_\_\_\_\_ auraient dus être retenus, soit ceux de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques.

**b/aa)** En l'occurrence, l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ fait suite à un entretien avec l'assuré, comporte notamment une anamnèse, une appréciation médicale et des conclusions motivées, et remplit en outre les critères posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques. L'expert a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur en rémission à sublinique, considérant toutefois qu'il était sans incidence sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, il sied de relever que l'expert psychiatre a relevé des incohérences manifestes entre les différents intervenants, en particulier concernant l'anamnèse qui est souvent

reconstruite d'une manière ou d'une autre, soulignant que lors du long entretien, le recourant avait été assisté d'un interprète indépendant pour relater son histoire, de sorte que ces divergences ne pouvaient pas être mises sur le compte d'une quelconque incompréhension de l'intéressé. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a également mis en exergue que le recourant n'était manifestement pas un homme souffrant, en tout cas pas de traumatismes éventuels subis dans son passé, soulignant que les éléments contextuels étaient au premier plan. Sur ce point, il convient en effet de relever que la première hospitalisation en psychiatrie semble coïncider avec la première décision de renvoi et que les séjours subséquents à C.\_\_\_\_\_ apparaissent notamment liés à des difficultés dues au logement et aux conditions économiques, ainsi qu'aux mesures d'expulsion, couplées au décès du père du recourant. Le rôle joué par les facteurs non-médicaux est en outre confirmé par le stage effectué au sein de la Fondation [...], durant lequel il n'a pas été mis en évidence de symptômes ou de comportement suggérant une pathologie psychique manifeste. L'ensemble de ces éléments a ainsi conduit l'expert psychiatre à retenir qu'il existait une discordance manifeste entre l'absence de perspectives professionnelles du recourant et son fonctionnement extra-professionnel parfaitement conservé, l'intéressé ne présentant pas de limitation dans sa vie de famille et ses loisirs. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a à cet égard relevé qu'il n'y avait aucune répercussion des troubles actuels dans les activités ménagères, loisirs, sociales du recourant qui était très entouré par son épouse et ses enfants, et qui savait solliciter un suivi médical ou juridique.

Fort de ces constats, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic non incapacitant de trouble dépressif majeur en rémission à subclinique, expliquant précisément les raisons pour lesquelles ce trouble dépressif a évolué favorablement en raison d'une bonne compliance et soulignant qu'il ne retrouvait pas les symptômes ou les problèmes décrits à C.\_\_\_\_\_ ou par la Dre K.\_\_\_\_\_. Il a en outre expliqué avec précision les raisons pour lesquelles il ne retenait pas les diagnostics posés par les médecins traitants d'état de stress post traumatique et d'épisode dépressif moyen. S'agissant de l'état de stress post traumatique, il a relevé que si certains éléments du dossier laissaient à penser à des

souvenirs répétitifs, des cauchemars et pseudo-hallucinations, force était de constater que ses intrusions n'avaient pas de caractère permanent et ne semblaient pas interférer avec son fonctionnement quotidien, soulignant que ces potentiels troubles ne l'avaient pas empêché de mener à bien sa scolarité, une formation théorique et de trouver un travail d'abord en Bosnie, puis en Slovénie. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a d'ailleurs pas été repris par la Dre X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 mars 2019.

**b/bb)** Les autres documents médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation de l'expert psychiatre. En particulier, dans son rapport du 29 mars 2019 - que le recourant a produit à l'appui de son opposition -, la Dre X.\_\_\_\_\_ n'explique pas en quoi, selon elle, le trouble dépressif récurrent était actuellement sévère avec symptômes psychotiques. Elle fait état d'un certain nombre de limitations fonctionnelles d'ordre psychique (anxiété généralisée, crises d'angoisses, hypersensibilité au stress, sentiment de persécution, hallucinations visuelles et auditives, fatigabilité accrue et troubles de la concentration et de la mémoire), ayant pour conséquence que le recourant supportait mal la présence de trop de monde et avait besoin de se mettre à l'écart pour se calmer. Cela étant, cette praticienne n'a fait que reprendre les éléments déjà mis en exergue par la Dre K.\_\_\_\_\_, sa prédécesseur au sein du cabinet du Dr P.\_\_\_\_\_. Or on rappellera que l'expert psychiatre a démontré ne pas avoir retrouvé les éléments mis en évidence par la Dre K.\_\_\_\_\_ lors de l'expertise. Pour le reste, le rapport de la Dre X.\_\_\_\_\_ est peu étayé et ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ ou en établir le caractère incomplet. S'agissant des incohérences que contiendrait le rapport d'expertise et relevées par la Dre X.\_\_\_\_\_, elles concernent pour la plupart des points de détails insuffisants pour les remettre en cause. S'agissant plus particulièrement des incohérences anamnestiques relatées par la Dre X.\_\_\_\_\_, on rappellera que le juge peut et doit tenir du compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en

cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cela étant, on constate donc que les avis médicaux des médecins traitants ne sont pas de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du Dr G.\_\_\_\_\_, auxquelles une pleine valeur probante doit être accordée.

**b/cc)** Dans ces conditions, force est de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière au plan psychique.

**c)** Au plan somatique, le recourant soutient que l'instruction médicale conduite par l'OAI est lacunaire, alors que le rapport du 4 janvier 2017 Drs V.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ fait état d'atteintes somatiques incompatibles avec l'activité habituelle.

Pourtant, contrairement à ce que sous-entend le recourant, il n'est pas contesté que l'activité habituelle de maçon n'est plus exigible, du fait des lombalgies.

Dans leur rapport du 4 janvier 2017, les Drs V.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ de la PMU ont posé les diagnostics somatiques de lombalgies chroniques et de douleurs mal systématisées du membre supérieur gauche avec possible neuropathie du tronc cubital gauche. Ils ont relevé que les douleurs lombaires ne permettaient plus l'activité de maçon, mais uniquement une activité adaptée, soit uniquement en position assise avec des pauses permettant le changement de position, ne nécessitant pas un port de charges trop importantes ou un travail au-dessus des bras. Ces praticiens ont en outre confirmé dans leur rapport complémentaire du 15 septembre 2017 qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles, soit la position debout et le port de charges importantes, était envisageable. A aucun moment, les médecins de la PMU, qui ne suivent pas le recourant de manière régulière, n'ont attesté d'une quelconque incapacité de travail au plan somatique dans une activité adaptée.

Le SMR n'est d'ailleurs pas allé dans un sens différent dans son avis du 18 octobre 2017, lorsqu'il a considéré la situation claire sur un plan rhumatologique, soit que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La situation médicale du recourant sur le plan somatique apparaît donc complète et ne justifie pas d'instruction complémentaire sur ce point.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de 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.
- V.** 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 :

- Procap, Service juridique (pour D. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :