

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Denis Dougoud, à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant irakien, A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Vivant en Suisse depuis [...], il est au bénéfice d'une autorisation de séjour de type « F ». Sans formation professionnelle, il a travaillé comme aide de cuisine à mi-temps d'octobre 2008 à janvier 2009 au service du restaurant [...] à [...]. Depuis lors il bénéficie d'une aide de l' [...] ([...]).

b) Le 29 mai 2019, A._____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente). Il était à l'arrêt de travail depuis le 8 novembre 2008 en raison de douleurs aux hanches et au bras gauche.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré. Dans un rapport du 29 juin 2020, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé les diagnostics incapacitants de troubles mixtes de la personnalité F61 (depuis probablement 2008 au moins), possible modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe (peut-être dès 1998 ou 2000), coxalgies bilatérales suite à une opération des hanches (depuis 2000) et douleurs de l'avant-bras gauche post-fracture (depuis 2008). Ce médecin était d'avis que les troubles psychiatriques de son patient, en particulier son impulsivité, son agressivité, sa capacité très faible d'introspection, son intolérance à la frustration, son incapacité à nouer des liens sociaux, ses importants troubles mnésiques et de concentration rendaient absolument impossible toute insertion dans le monde professionnel, y compris toute réadaptation. Ce faisant, le Dr Q._____ constatait l'absence de ressources mobilisables chez son patient.

Suivant le point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] ; avis du 13 juillet 2020), l'OAI a mis en œuvre un examen neuropsychologique de l'assuré. Dans leur rapport

d'examen neuropsychologique du 14 décembre 2020, X._____ et H._____, toutes deux spécialistes en neuropsychologie FSP, ont estimé que sur le plan strictement neuropsychologique, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec la recommandation de privilégier un cadre de travail en petite équipe (évitant le travail dans une équipe où les individus changent régulièrement). Ces examinatrices proposaient alors de compléter l'instruction par une appréciation neurologique/imagerie IRM cérébrale ainsi que par un avis psychiatrique afin d'évaluer les ressources psychiques de l'assuré.

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les renseignements médicaux recueillis (avis du 8 mars 2021), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et orthopédie) de l'assuré au centre d'expertises médicales K._____ SA de [...]. Dans leur rapport du 29 juillet 2021 les experts (Drs P._____, médecin praticien, E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) ont, de manière consensuelle, posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status après opération des deux hanches pour luxation congénitale entre 2000 et 2003 avec démarche en rotation externe des deux côtés et status après fracture de l'avant-bras gauche ostéosynthésée en urgence en 2008 avec des douleurs persistantes à l'effort et une discrète limitation de la pro-supination. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont retenu un pied plat non valgus bilatéral, un emphysème pulmonaire léger débutant, un déconditionnement physique associé à un surpoids avec IMC (indice de masse corporelle) à 25.4 kg/m², un status post traumatisme crânio-facial sans PCI (perte de connaissance initiale) en octobre 2020, une suspicion de néphrolithiase droite en janvier 2019 et un status post fracture ancienne des os propres du nez et du maxillaire droit. Ces experts ont estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine depuis le 8 novembre 2008, mais entière, sous la réserve d'une incapacité totale d'une durée de six mois lors de l'opération du coude gauche en 2008, dans une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles retenues (« pas de déplacement debout de plus de 2 fois 1h30 par jour. Position assise non limitée. Limitation de l'utilisation du membre supérieur gauche : pas de mouvement en pro-supination en charge de l'avant-bras gauche. Pas de charge dépassant 5 kg de manière itérative. Au niveau des hanches, limitation des escaliers, pas d'échelle, pas d'échafaudage »). L'expert psychiatre a, sur la base du rapport de l'examen neuropsychologique de décembre 2020, retenu que l'assuré disposait des ressources pour se confronter au milieu professionnel, et par conséquent pour exploiter ses ressources cognitives et intellectuelles.

Par rapport du 5 août 2021, le SMR, sous la plume du Dr R._____, a opéré une synthèse des pièces médicales à disposition. L'atteinte principale à la santé consistait en des séquelles de fractures des deux os de l'avant-bras gauche sous forme de douleurs et de limitation de la pro-supination (S42.8). En tant que pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, le SMR retenait un status après ostéosynthèse d'une fracture de l'avant-bras gauche en 2008, un status après opérations des deux hanches dans l'enfance pour probable luxation congénitale et un dysfonctionnement exécutif et attentionnel léger. Le début d'une incapacité de travail durable à hauteur de 100 % dans l'activité habituelle était fixé au mois de novembre 2008. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis mai 2009, six mois après l'opération du coude en 2008. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « Déplacement debout plus de deux fois 1h30 par jour. Station prolongée debout immobile de plus de 2 heures. Membre supérieur G limité pour les mouvements de pro-supination en charge de l'avant-bras. Port de plus de 5 kg de manière itérative. Eviter la marche dans les escaliers et les travaux sur échelles et échafaudages. Sur le plan neuropsychologique : Eviter les interférences, les situations de stress et les activités sollicitant des capacités d'autocontrôle et nécessitant une attention soutenue. Eviter les tâches nécessitant de bonnes capacités visuo-constructives telles que constructions complexes ou la copie de plans et schémas. Faibles compétences en langage écrit ». A l'appui de ses conclusions, le Dr R._____ a notamment exposé ce qui suit :

“[...] Compte tenu des importantes divergences entre le résultat de cet examen [ndlr : l'examen neuropsychologique ordonné par l'OAI] et le rapport psychiatrique, une expertise pluridisciplinaire s'est avérée nécessaire.

Cette expertise de bonne qualité nie l'atteinte psychiatrique signalée par le psychiatre et retient les diagnostics invalidants pour l'activité d'aide de cuisine et les diagnostics non-invalidants mentionnés en première page, détermine les limitations fonctionnelles (auxquelles le soussigné a ajouté la station debout immobile de plus de deux heures) et discute les divergences avec le rapport psychiatrique. Les empêchements et les ressources sont mis en évidence. Cette expertise atteste une incapacité de travail totale dans l'activité lourde d'aide de cuisine et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle nie l'existence d'une incapacité de travail pour raison psychiatrique.

Compte tenu de la qualité de cette expertise, les conclusions doivent être suivies.”

Par projet de décision du 25 octobre 2021, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Selon ses constatations, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité usuelle d'aide de cuisine depuis le mois de novembre 2008, il conservait en revanche une capacité de travail de 100 %, depuis mai 2009, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « Déplacement debout plus de deux fois 1h30 par jour. Station prolongée debout immobile de plus de 2 heures. Membre supérieur gauche limité pour les mouvements de pro-supination en charge de l'avant-bras. Port de plus de 5 kg de manière itérative. Eviter la marche dans les escaliers et les travaux sur échelles et échafaudages ». Après comparaison des revenus sans (61'239 fr. 36) et avec invalidité (55'115 fr. 42), le degré d'invalidité était de 10 %, taux insuffisant pour avoir droit à une rente d'invalidité. S'agissant des mesures professionnelles, le degré d'invalidité en question n'y donnait pas droit, sous la réserve d'une mesure d'aide au placement qui n'a finalement pas pu être mise en œuvre en l'absence de réponse de la part de son bénéficiaire à la convocation pour une séance d'information.

Les 25 novembre et 16 décembre 2021, l'assuré, désormais conseillé par Denis Dougoud, a contesté ce préavis en se prévalant d'un rapport du 14 décembre 2021 du Dr Q. _____ rédigé en ces termes :

“Je suis le psychiatre et psychothérapeute de M. A. _____ depuis le 25 septembre 2019 et ai fait parvenir mon rapport à l’AI le 29 juin 2020.

Certes les différences d’appréciation entre un psychiatre traitant et un expert psychiatre mandaté par l’AI, mais en l’occurrence les différences sont à ce point abyssales qu’il ne semble pas s’agir du même patient. S’il est évidemment possible que le patient se soit montré sous un autre jour lors de son examen auprès de l’expert que lors de ses consultations psychothérapeutiques (ce qu’il faudrait alors interpréter – cf ci-dessous), les différences concernant les données anamnestiques sont beaucoup plus surprenantes, d’autant plus que l’expert avait en mains mon rapport de juin 2020. Il est pour le moins étrange qu’il n’ait pas pris en compte les données anamnestiques que je fournissais, se contentant semble-t-il des dires du patient (qui, si différentes de ce qu’il m’avait dit et ce que je savais, sont alors bien problématiques, et devraient eux aussi être interprétés.)

1.- Données relatives à l’anamnèse

1a) (p 29 du rapport de l’expert) : *Concernant son enfance (...) il ne fait part d’aucun traumatisme psychique, alors que j’avais écrit : Monsieur A. _____, d’origine irakienne, est arrivé en Suisse en [...] avec sa famille après un séjour en Turquie, avoir passé quelques mois en Grèce dans une « prison familiale », une traversée de l’Adriatique sur un esquif et quelque temps en Italie dans des logements insalubres. (...). Un oncle de son père a été abattu en Irak, un autre pendu, ce qui a obligé le père et la famille à chercher refuge dans un autre pays.* Le patient nous a aussi fait part de son accident de voiture (cf ci-dessous) et de la longue hospitalisation qui a suivi. A propos de cette période sa sœur témoigne (témoignage relaté dans mon rapport à l’AI) : *(Sa sœur) nous précisera le changement de son comportement et la limitation de ses contacts sociaux suite aux hospitalisations. Visiblement d’ailleurs ces remémorations ont un effet traumatique (reviviscences, maux de tête, manifestations non verbales) sur notre patient. Sa sœur mentionne qu’elle « a perdu deux fois son frère » (suite à l’accident puis suite à la bagarre de 2008) : « Il n’est plus du tout le même ». J’ajoutais aussi dans mon rapport : L’anamnèse avec M. A. _____ s’est révélée très difficile à réaliser. Il conserve très peu de souvenirs de son enfance tant avant qu’après son arrivée en Suisse (probablement en raison de traumatismes subis et d’une problématique post-traumatique). Difficile dans ces circonstances d’exclure tout traumatisme psychique...*

1b) (p 30 du rapport de l’expert) : *La personne assurée a fait sa scolarité jusqu’à l’âge de 15 ans. Elle n’a pas fait d’apprentissage sans qu’il n’y ait de traces dans le rapport de l’expert de son parcours scolaire particulièrement compliqué. J’écrivais dans mon propre rapport : Fin 2000, en Suisse, il est victime d’un accident de voiture qui l’obligeront à des opérations des hanches (27.05.2001 et 31.07.2002) et plusieurs mois d’hospitalisation (...). Les conséquences ont été graves dans la mesure où Transport Handicap a assuré son transport à l’école pendant 3 ou 4 ans, dans la mesure*

aussi où il a dû interrompre le football qu'il aimait beaucoup, où il a commencé à désinvestir l'école et à ne plus vouloir voir ses amis. Puis : Sur le plan de la scolarité, il avait commencé à son arrivée en Suisse une scolarisation dans une classe d'accueil, puis a rejoint - après son accident - une classe à effectif réduit jusqu'à l'âge de 14 ans. A cet âge il s'est fait renvoyer de l'école suite à de graves conflits avec un prof que M. A. _____ aurait traité de raciste. (S'il parvient à lire aujourd'hui un courrier, mais difficilement, il dit avoir un très faible niveau en lecture et écriture.)

1c) (p 31 du rapport de l'expert) : Comme infractions commises, l'expert ne mentionne qu'un *retrait de permis pour excès de vitesse en récidive*. Alors que le 23 octobre 2020 (neuf mois avant l'examen de l'expert, mais trois mois après mon propre rapport à l'AI, il a été condamné à deux mois de peine privative de liberté pour lésions corporelles simples. En sus, il est aujourd'hui sous le coup d'une nouvelle procédure judiciaire pour des faits similaires (lésions corporelles lors d'une bagarre.)

2.- Constatations

2a) (p 29 du rapport de l'expert) : *La personne assurée dit qu'elle a un caractère calme et souriant, qu'elle ne se plaint presque jamais, qu'elle se contrôle parfaitement (...) et même quand elle est énervée, elle ne le montre pas, n'est jamais agressive, puis (p 32) sous Constatations La personne est calme, détendue, souriante. Alors que je mentionnais dans mon propre rapport : Quand il nous consulte pour la première fois, il mentionne d'emblée son agressivité, son incapacité à se contrôler, ses « pétages de plomb » lui rendant difficile toute relation (tant familiales qu'amicales, amoureuses ou professionnelles). Ses parents l'auraient « viré » de chez eux à cause de ses troubles du comportement il y a dix ans. Ainsi que : A l'âge de 14 ans il s'est fait renvoyer de l'école suite à de graves conflits avec un prof. Le témoignage de la sœur du patient, rapporté dans mon rapport, est lui aussi écarté par l'expert : Aujourd'hui, frère et sœur se voient régulièrement, « mais jamais plus d'une heure » : M. A. _____ se met vite à crier, à « péter les plombs » et « il vaut mieux que nous quitions ».*

2b) Certaines de nos constatations (qui n'ont pas été observées par l'expert) ne sont étrangement pas prises en compte, alors qu'elles ne sauraient être écartées sans tenter d'expliquer l'immense différence entre les constatations respectives de l'expert et de moi-même : *Tout au long de nos séances, nous notons de très fortes tendances projectives, rendant les autres responsables de l'ensemble de ses échecs et n'en assumant pas la moindre responsabilité. Il a aussi une peine folle à écouter ce que nous lui disons, nous interrompant, partant dans des monologues de plaintes, nous accusant à plusieurs reprises de ne rien vouloir faire pour lui. Ses capacités d'introspection sont très, très faibles, pour ne pas dire inexistantes. De même : il s'est mis à ressentir des symptômes dépressifs et une envie de pleurer qui l'ont poussé à interrompre à plusieurs reprises le traitement : c'est insupportable pour lui de prendre conscience de sa propre responsabilité dans certains de ses échecs, il utilise alors la fuite, l'évitement.*

3.- Interprétation

3a) A n'en pas douter, entre juin 2020 (mon propre rapport) et fin mai 2021 (examen de l'expert), M. A. _____ a évolué, entre autres, j'ose le penser, en raison de la psychothérapie, qu'il a réussi à continuer de suivre malgré les difficultés initiales. Il parvient à écouter nos propos, à ne pas sans cesse interrompre l'interlocuteur, à ne pas s'emporter constamment, à pouvoir montrer légèrement davantage d'insight. D'où probablement le fait qu'il est apparu à l'expert *calme, détendu, souriant*. A noter à cet égard que c'est la première fois de sa [vie] qu'il a réussi à *crocher* à un processus thérapeutique.

3b) Cette évolution positive sur ces plans ne l'a pas empêché de participer à des bagarres et d'être sanctionné par la justice. Des troubles à l'évidence demeurent. S'il n'a pas fait part à l'expert de ces éléments, ainsi que d'autres éléments anamnétiques antérieurs significatifs, c'est très probablement en raison d'une part du fait qu'il n'avait pas eu le temps d'établir une relation de confiance avec l'expert, et d'autre part en raison de ses troubles mnésiques consécutifs sans doute aux traumatismes vécus. (Je rappelle à cet égard que j'avais dû avoir recours à sa sœur pour préciser l'anamnèse).

3c) Je maintiens aujourd'hui, de manière appuyée, mon diagnostic de **Troubles mixtes de la personnalité**.

4) Conclusion

Dans ces circonstances, il me paraît au minimum indispensable qu'une nouvelle expertise soit réalisée, cette fois-ci par un autre expert."

Aux termes d'un avis « audition » du 31 janvier 2022, le SMR, sous la plume du Dr R. _____, a pris position sur le dernier rapport du psychiatre traitant de l'assuré, estimant que ce document ne remettait pas en question le résultat des investigations conduites par l'OAI dont les examens avaient valeur probante.

Par décision du 21 avril 2022, dont la motivation est identique à celle de son projet du 25 octobre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assuré. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que ni le Dr Q. _____ ni l'assuré n'apportaient d'élément médical véritablement nouveau, et dont il n'aurait pas été tenu compte dans le cadre de son instruction.

B. A. _____, toujours représenté par Denis Dougoud, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal par acte déposé le 24 mai 2022 en prenant les conclusions suivantes :

“1. Annuler la décision du 21 avril 2022 de l’Office AI.

Principalement :

2. Compléter l’instruction médicale en mandatant une expertise bidisciplinaire (avec évaluation consensuelle) psychiatrique et neuropsychologique judiciaire.

En tout état de cause :

3. Accorder l’assistance judiciaire limitée aux frais de justice à M. A._____ et partant, le dispenser de l’avance y relative et de la franchise.

4. Sous suite de frais et dépens.”

Le recourant a reproché à l’office intimé d’avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d’examen neuropsychologique du 14 décembre 2020 ainsi que du volet psychiatrique de l’expertise pluridisciplinaire du K._____ et plaidant que l’absence d’un trouble psychiatrique comme la capacité de travail entière retenue n’étaient pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante requis. Il demandait la mise en œuvre par le tribunal d’un examen neuropsychologique et d’une expertise psychiatrique avec discussion consensuelle.

Par décision du 3 juin 2022, A._____ a été mis au bénéfice de l’assistance judiciaire avec effet au 24 mai 2022. Il était exonéré du paiement d’avances et des frais judiciaires. Il était également exempté de s’acquitter de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 27 juin 2022, l’OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d’expertise psychiatrique et du rapport des neuropsychologues figurant au dossier.

Le 18 juillet 2022, en réplique, confirmant ses précédentes conclusions, le recourant a produit une ordonnance pénale du 23 octobre

2020 ainsi qu'un mandat de comparution du 6 septembre 2021, consécutif à l'opposition à une ordonnance pénale du 27 juillet 2021.

Dans sa duplique du 8 août 2022, l'OAI a d'office conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, sans que les éléments invoqués par le recourant à l'appui de sa réplique du 18 juillet 2022 aient été susceptibles de rediscuter le bien-fondé de sa position.

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 (art. 38 al. 4 let. a 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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-invalidité (rente et/ou mesures professionnelles).

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel

qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 21 avril 2022 fait suite à une demande de prestations déposée en mai 2019 en raison de douleurs aux hanches (depuis 2002) et au bras gauche (depuis 2008). La Cour de céans doit par conséquent appliquer les règles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et ne pas prendre en considération le nouveau droit.

3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente

et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 LPGGA).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal

de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. En l'espèce, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que le recourant dispose, depuis mai 2009, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (« Déplacement debout plus de deux fois 1h30 par jour. Station prolongée debout immobile de plus de 2 heures. Membre supérieur gauche limité pour les mouvements de pro-supination en charge de l'avant-bras. Port de plus de 5 kg de manière itérative. Eviter la marche dans les escaliers et les travaux sur échelles et échafaudages »). De la comparaison des revenus sans (61'239 fr. 36) et avec invalidité (55'115 fr. 42), résultait un degré d'invalidité de 10 %, taux qui n'ouvrait pas le droit aux prestations litigieuses.

De son côté, le recourant conteste disposer de la capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision, opposant l'avis de son psychiatre traitant (Dr Q._____) au rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et orthopédie) du K.____ de juillet 2021.

La solution du litige revient à éprouver le caractère probant d'une expertise dont les conclusions fondent la décision entreprise.

b) On ne saurait faire le grief au SMR d'une instruction sommaire ou incomplète sur le plan médical. En effet, à réception de la documentation médicale sur les plans somatique et psychique, un examen neuropsychologique (rapport du 14 décembre 2020 des neuropsychologues X.____ et H.____) a été mis en œuvre, puis une expertise pluridisciplinaire (rapport du 29 juillet 2021 du K.____), afin d'éprouver les avis divergents.

L'expertise pluridisciplinaire confiée au K._____ par l'OAI dans le premier semestre de 2021 a retenu les diagnostics incapacitants de status après opération des deux hanches pour luxation congénitale entre 2000 et 2003 avec démarche en rotation externe des deux côtés et status après fracture de l'avant-bras gauche ostéosynthésée en urgence en 2008 avec des douleurs persistantes à l'effort et une discrète limitation de la pro-supination. Sans incidence sur la capacité de travail, les experts ont retenu un pied plat non valgus bilatéral, un emphysème pulmonaire léger débutant, un déconditionnement physique associé à un surpoids avec IMC (indice de masse corporelle) à 25.4 kg/m², un status post traumatisme crânio-facial sans PCI (perte de connaissance initiale) en octobre 2020, une suspicion de néphrolithiase droite en janvier 2019 et un status post fracture ancienne des os propres du nez et du maxillaire droit. Pour les experts (Drs P._____, E._____ et J._____), l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine depuis le 8 novembre 2008, mais entière, sous la réserve d'une incapacité totale d'une durée de six mois lors de l'opération du coude gauche en 2008, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Dans leur appréciation consensuelle de la situation, ces experts ont émis les considérations suivantes (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juillet 2021 p. 5 s.) :

“Du point de vue **psychiatrique**, il s'agit d'une personne assurée d'origine irakienne, célibataire, sans enfant, en Suisse depuis [...], réfugiée avec sa famille. Elle n'a pas de formation professionnelle, a effectué une partie de sa scolarité en Suisse et n'a jamais réalisé de revenus significatifs.

Elle a signalé à l'AI une activité d'aide-cuisinier à 50% en 2008-2009 et explique, lors de l'entretien, qu'ils ont ouvert un Fastfood avec son frère et son père qui a été fermé pour des raisons légales car l'argent pour monter le Fastfood n'avait pas été déclaré et il venait d'Irak.

Sur le plan psychiatrique, son psychiatre la décrit comme une personne assurée isolée, vivant recluse chez elle avec son chien et que selon sa sœur, le comportement de la personne assurée aurait changé après l'accident de 2008.

Un diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et de possible modification durable de la personnalité à la suite d'une expérience de catastrophe a été posé.

Sur le plan neuropsychologique, un examen neuropsychologique effectué fin 2020 a retrouvé un QI total de 90 et décrit des troubles mixtes de l'apprentissage et un possible trouble mental dû à une

lésion cérébrale et à un dysfonctionnement cérébral. Elle conclut à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

L'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvent pas les signes cliniques d'un trouble spécifique de la personnalité chez une personne assurée qui se décrit comme calme, souriante, mais limitée par ses difficultés physiques. Elle explique avoir fait 5 formations de 6 à 8 mois mais qui n'ont pas donné lieu à des difficultés relationnelles ou d'adaptation, ni avec ses collègues ni avec ses enseignants. Il n'est pas retrouvé d'élément persécutoire, mais simplement un sentiment d'injustice. Il n'est pas retrouvé de trouble psychotique. La personne assurée est en contact quotidien avec sa famille. Elle a 2 amis qu'elle voit régulièrement. Elle a 1 amie qui vient chez elle, 2 fois par semaine pour l'aider et pour échanger avec.

Elle se promène plusieurs heures dans la journée avec son chien dans la forêt, regarde la télévision les après-midis, les soirées, suivant l'actualité, des documentaires, des enquêtes.

La personne assurée ne rapporte aucun événement traumatique. Elle explique qu'elle était très bien en Irak et que son père a fui de manière préventive des risques de représailles du fait qu'il était officier de l'armée irakienne. Le seul moment difficile qu'elle rapporte c'est le voyage de l'Irak jusqu'en Suisse dans des conditions difficiles.

La personne assurée ne prend aucun traitement psychiatrique. Elle n'a pas de médecin de famille et voit son psychiatre 1 fois par mois qui lui prodigue des conseils, selon ses dires. Elle dit fumer 1 joint de cannabis le soir pour s'endormir.

Il n'est donc retrouvé aucune pathologie psychiatrique caractérisée, que ce soit de nature thymique, anxieuse ou un trouble de la personnalité ou de nature traumatique.

Du point de vue **orthopédique**, l'examen du jour retrouve un status après fracture de l'avant-bras gauche ostéosynthésée en urgence en 2008. Le manque de force du membre supérieur gauche est expliqué par le peu d'utilisation de la main gauche, avec une discrète atrophie musculaire. Les douleurs ne sont par contre pas expliquées par l'examen de ce jour.

Un status après opération des 2 hanches pour luxation congénitale est également retenu avec des mouvements extrêmes déclarés sensibles.

Il est également à noter un pied plat non valgus des 2 côtés, sans incidence.

Le reste de l'examen est normal.

Du point de vue de la **médecine interne**, il s'agit d'une personne assurée dont aucune atteinte à la santé n'a été retenue comme incapacitante sur le plan de médecine interne."

De son côté, l'expert psychiatre du K. _____ a fait les constatations et analyse suivantes du cas du recourant (volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 juillet 2021, p. 35 s.) :

III.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Il s'agit d'une personne assurée âgée de 32 ans, célibataire, sans enfant, qui a fait une demande AI le 27.05.2019 pour des problèmes orthopédiques, et qui a commencé un suivi psychiatrique en septembre 2019 avec son psychiatre pour un diagnostic de trouble de la personnalité et de modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe.

L'examen clinique et l'anamnèse ne permettent pas de retrouver les critères constitutifs d'un trouble spécifique de la personnalité, ni d'une modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe. En effet, aucune expérience de catastrophe n'a été décrite par la personne assurée qui correspondrait aux critères de la CIM-10.

Aucune pathologie psychiatrique caractérisée n'a pu être mise en évidence.

III.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

La personne assurée bénéficie du soutien actif de toute sa famille, de 2 amis très proches et de 1 amie, qui viennent la voir 2 fois par semaine.

III.7.a2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose

Son comportement face à la maladie : amplification.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement : non altérés.

Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts : non altérées.

Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions : non altérées.

Son estime de soi et sa capacité de régression : non altérées.

Son intentionnalité et son dynamisme : non altérés.

III.7.b Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussions des chances de guérison

III.7b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques

La personne assurée bénéficie d'un suivi mensuel avec son psychiatre et ne prend aucun traitement psychotrope.

III.7b.2 Coopération aux mesures de réadaptation

Il n'y a pas de mesure de réadaptation en cours.

III.7b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée

Aucune option thérapeutique n'est à proposer en l'absence de pathologie psychiatrique caractérisée.

III.7.c Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

III.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

La personne assurée ne décrit aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique.

III.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il existe des différences entre les plaintes de la personne assurée concernant sa nervosité et son état moral et l'examen clinique qui ne retrouve aucun symptôme objectif en faveur d'un trouble psychiatrique.

III.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Il existe des éléments d'autolimitation entre les plaintes de la personne assurée, la description de sa journée type d'une part et des résultats de l'examen clinique d'autre part.

III.7.c.4 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles

Le diagnostic de trouble de la personnalité et de modification de la personnalité ne sont pas partagés. Aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'a pu être mise en évidence.

III.7.d Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

III.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Selon mini-ICF :

- Adaptation aux règles et aux routines : aucun problème.
- Planification et structuration des tâches : aucun problème.
- Flexibilité et capacités d'adaptation : aucun problème.
- Usage des compétences spécifiques : aucun problème.
- Capacité de jugement et prise de position : aucun problème.
- Capacité d'endurance : aucun problème.
- Aptitude à s'affirmer : aucun problème.
- Aptitude à établir des relations avec les autres : aucun problème.
- Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : aucun problème.
- Aptitude à entretenir des relations proches : aucun problème.
- Aptitude à des activités spontanées : aucun problème.
- Hygiène et soins corporels : aucun problème.
- Aptitude à se déplacer : aucun problème.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. Selon l'examen neuropsychologique, la personne assurée pourrait reprendre une activité à temps plein en respectant les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 14.12.2020, et conclutait

que la personne assurée a les ressources pour se confronter au milieu professionnel et par conséquent pour exploiter ses ressources cognitives et intellectuelles.

III.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Aucune évolution attendue sur le plan psychiatrique.”

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'expertise pluridisciplinaire du K._____, dont le rapport du 29 juillet 2021 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3e supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il comporte une anamnèse complète, fait état des plaintes exprimées par le recourant, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur un examen multidisciplinaire *lege artis*, faisant état de considérations dûment documentées et d'observations, qui, après discussion des avis divergents, ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation, tant sur le plan des diagnostics que celui des limitations fonctionnelles retenues ainsi que des répercussions sur la capacité de travail, ce rapport contient des conclusions claires, posées au terme d'un consilium, sur l'appréciation globale du cas.

En particulier, la manière de procéder de l'expert psychiatre du K._____ s'avère conforme à la jurisprudence récente selon laquelle 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).

d) Si le Dr Q._____ s'étonne des constatations et conclusions de l'expert psychiatre du K._____, non seulement son avis de médecin traitant doit être reçu avec précaution (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1), mais il admet lui-même dans son rapport du 14 décembre 2021, que l'état

de santé de son patient a pu connaître une évolution positive, du fait du traitement psychothérapeutique suivi.

Par ailleurs, les traumatismes subis et les troubles du comportement n'ont pas été niés ou minimisés, mais ont été pris en compte dans l'anamnèse et dans la discussion du cas, avec une évaluation motivée et cohérente des ressources et des empêchements.

Quant aux facteurs psychosociaux qui sont mis en avant, ils sortent du champ de l'assurance-invalidité.

e) Ainsi, la capacité de travail résiduelle entière depuis le mois de mai 2009 telle qu'adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts du K. _____ sur les plans somatique et psychique peut être confirmée. En l'absence de griefs soulevés par le recourant s'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques pris en compte, il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI. Il s'ensuit que c'est donc à juste titre que l'intimé a, sur la base du degré d'invalidité de 10 % présenté par le recourant, refusé toute prestation. Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical ne présentent en effet pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités sédentaires de type léger, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux restrictions du recourant et accessibles sans aucune formation particulière.

5. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant - à savoir, la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (avec évaluation consensuelle) psychiatrique et d'un examen neuropsychologique - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas

l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 21 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Denis Dougoud (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :