

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mars 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Oulevey, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de chauffeur de taxi puis, après son arrivée en Suisse, en tant qu'aide magasinier intérimaire. En août 2007, il a été engagé à ce titre par [...]. Le 4 octobre 2007, l'assuré s'est fait écraser le pied droit par un chariot automatique. Il a subi une fracture luxation du Lisfranc du pied droit, opérée par ostéosynthèse. Le 25 mars 2008, le matériel d'ostéosynthèse lui a été retiré (protocole opératoire du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 10 juin 2008, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en se prévalant des suites de son accident.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 10 juillet 2008, le Professeur N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que l'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle en raison de la fracture luxation du Lisfranc du pied droit, mais disposait d'une capacité de travail d'au moins 50 % dans une activité adaptée permettant la position alternée et évitant la station debout prolongée, le port de lourdes charges et les longues marches. Il persistait un pied creux avec une rétractation capsulo-ligamentaire et tendineuse à l'origine d'orteils en griffe, à l'origine de douleurs de type mécanique.

L'OAI s'est vu remettre le dossier constitué par l'assureur-accidents de l'assuré.

Lors d'un entretien d'évaluation du 29 juillet 2008, l'assuré a été informé des conclusions auxquelles le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) était arrivé le jour précédant, à savoir qu'une activité adaptée semi-sédentaire avec prédominance de la position assise était exigible, sans déplacements, sans port de charges avec déplacements et

sans montée et descente d'escaliers. Des mesures d'intervention précoces étaient envisageables mais l'assuré s'estimait incapable de travailler.

Par décision du 28 janvier 2009, l'OAI a refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assuré, au motif que, bien qu'incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 4 octobre 2007, il disposait depuis le mois de mai 2008 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans station debout prolongée, sans port de charges de plus de 12 kg, sans déplacements sur des moyennes et longues distances, sans montées ou descentes d'escaliers. Après comparaison du revenu sans invalidité de 48'100 fr. avec le revenu avec invalidité arrêté à 55'250 fr. 52 au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, compte tenu d'un abattement de 10 %, il apparaissait que l'assuré ne subissait pas de préjudice. Une aide au placement était toutefois octroyée.

En référence à un entretien téléphonique du 31 mars 2009, l'OAI a confirmé à l'assuré qu'il mettait fin à l'aide au placement, d'entente avec celui-ci, compte tenu d'une opération du pied à venir et de la rééducation consécutive.

B. Par le biais de son assureur-accidents, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, le 5 août 2009, en faisant toujours état des suites de son accident, ajoutant avoir subi une « arthrodèse TMT1 à droite » le 31 mars 2009.

Le 1^{er} octobre 2009, l'assureur-accidents a informé l'OAI que l'assuré avait été licencié pour le 31 octobre 2009 et qu'une solution était souhaitée pour le réintégrer au monde du travail. Il a transmis à cette occasion un rapport établi à sa demande le 17 septembre 2009 par le Prof. N._____, exposant que l'assuré avait subi une cure d'orteil en griffe le 31 mars 2009 puis une ostéotomie du médiotarse permettant de corriger le pied creux, avec évolution plutôt favorable. Il persistait des douleurs de type mécanique, liées à l'effort, aux positions debout prolongées, aux longues marches, et des difficultés de chaussage. La capacité de travail

dans une activité adaptée était de 50 % et pourrait être de 100 % en cas d'activité de bureau.

Sollicité pour avis, le SMR a relevé, le 5 octobre 2009, que les rapports ne faisaient pas état d'une aggravation de la situation depuis la décision du 28 janvier 2009. Si l'assuré avait subi une nouvelle intervention en mars 2009, l'évolution était favorable avec néanmoins la persistance de douleurs mécaniques aux positions debout prolongées et aux longues marches. La capacité de travail dans l'activité habituelle demeurait nulle, mais entière dans une activité adaptée aux mêmes limitations fonctionnelles (sans sollicitation importante du pied droit, activité sédentaire ou semi-sédentaire, avec décharge du pied droit), et cela à nouveau depuis septembre 2009.

Le 5 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'une aide au placement.

Par décision du 16 novembre 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 5 août 2009.

Le 22 mars 2010, l'assuré a informé l'OAI qu'il renonçait à bénéficier de l'aide au placement, compte tenu de son état de santé.

En 2011, l'assureur-accidents a adressé à l'OAI le dossier qu'il avait constitué, comprenant notamment le rapport d'expertise rendu à sa demande le 21 janvier 2011 par le Centre d'expertise T._____, plus particulièrement les Drs V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur le plan orthopédique, l'expert a retenu le diagnostic de probables lipomes sous-cutanés multiples. L'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans marche de longue ou moyenne durée, sans marche en terrain irrégulier, sans station debout de longue durée, sans position accroupie ou à genoux, sans montée et descente répétitive d'escaliers, sans port de charges dépassant

quelques kilos. Cette évaluation ne tenait pas compte du suivi psychiatrique nouvellement entamé par l'assuré. L'expert psychiatre a quant à lui retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, apparu en 2008 et aggravé en 2009. Le diagnostic n'était pas la conséquence de l'accident, mais des séquelles physiques mal assimilées par l'assuré. La capacité de travail était alors de 50 % et serait pleine et entière à l'avenir, en ce qui concerne les suites de l'accident au plan psychique. Des activités avec un niveau limité d'exigences et de stress étaient préconisées. L'assureur-accidents a rendu une décision, le 8 décembre 2011, au terme de laquelle il a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 18'690 fr. et a nié le droit à une rente d'invalidité, le taux minimum d'invalidité de 10 % n'étant pas atteint.

C. Le 3 septembre 2019, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une troisième demande de prestations, indiquant souffrir de fracture-luxation du Lisfranc du pied droit, de status post chirurgie reconstructive, de statut post ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'impact psychique post-traumatique quant au genre de l'atteinte.

Dans un rapport à l'attention de l'OAI du 11 octobre 2019, le Prof. N._____ a indiqué que l'assuré présentait actuellement des troubles dégénératifs séquellaires avec des douleurs de type mécanique limitant les longues marches, le port de lourdes charges ainsi que la station debout prolongée. Il préconisait de revoir sa situation en vue d'une éventuelle reconversion professionnelle dans une activité sédentaire.

A la suite d'un projet de décision de refus d'entrer en matière du 1^{er} novembre 2019, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 9 décembre 2019 par les Drs D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre R._____, et L._____. Les médecins exposaient que l'assuré était suivi au Centre depuis le 21 octobre 2019 en raison d'une symptomatologie dépressive qui se serait développée dans le contexte de différents facteurs de stress dont notamment l'incapacité de reprendre une activité, des douleurs chroniques et des problèmes de

santé de sa compagne. L'assuré présentait une thymie abaissée, une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une réduction d'énergie, une irritabilité, une diminution de l'estime de soi, une difficulté à se projeter dans l'avenir, une perturbation du sommeil avec une difficulté à s'endormir en raison de ruminations anxieuses et des réveils fréquents liés aux douleurs somatiques, ainsi que des idées noires sans idéations suicidaires. Selon les médecins, l'assuré était capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée. La reprise de l'aide au placement était souhaitable.

Dans un certificat du 20 décembre 2019, le Dr Z._____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué lui prescrire son traitement antalgique, précisant que d'autres traitements antidouleurs avaient été introduits sans succès. L'antalgie chronique par Tramadol contre-indiquait le maniement de machines. Dans cette situation, un reclassement professionnel semblait indiqué, l'assuré ne pouvant pas reprendre son ancien métier et un emploi manuel non-qualifié n'étant pas envisageable dans son état.

Par courrier du 7 janvier 2020, l'assuré, désormais représenté par Inclusion Handicap, s'est prévalu de ces rapports médicaux pour démontrer l'aggravation de son état de santé. Il a ajouté que l'expert du Centre d'expertise T._____ avait précisé que l'incapacité de travail liée au trouble dépressif pourrait durer plus longtemps que dans une situation sans atteinte physique.

Dans un rapport du 19 décembre 2019 adressé à l'OAI en février 2020, les Drs D._____ et L._____ ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire et d'autres modifications durables de la personnalité (suite syndrome algique chronique), présents depuis octobre 2019. Ils ont rapporté ne pas observer de grande évolution, avec toujours une symptomatologie dépressive d'intensité légère à modérée. Des apnées du sommeil étaient suspectées et en cours d'investigation. Les troubles du sommeil restaient quotidiens avec difficultés

d'endormissement, réveils fréquents entraînant une fatigue diurne et impactant la thymie du patient. Du point de vue psychiatrique, l'assuré était capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée, qui pourrait être majorée à 80 %. Le manque de sommeil et un rythme nyctéméral perturbé favorisaient l'apparition de troubles de la concentration, une fatigabilité augmentée et une résistance psychique moindre au stress. Les douleurs somatiques faisaient obstacles à la réadaptation.

Le 2 juillet 2020, le Dr J._____, spécialiste en médecine du sommeil, a indiqué avoir vu l'assuré les 23 janvier et 3 mars 2020 et avoir transmis les résultats de ses examens à son médecin traitant. Il ne pouvait se prononcer sur les aptitudes professionnelles de l'assuré, précisant qu'il n'était pas apte à la conduite automobile.

L'OAI s'est vu remettre le rapport de polysomnographie réalisé le 18 février 2020 par le Dr J._____, dont il ressort que l'assuré présentait un syndrome d'apnées-hypopnées, d'origine obstructive, d'intensité sévère.

A la demande de l'OAI, le Prof. N._____ a adressé la copie des rapports de consultation et bilans radiologiques concernant l'assuré.

Le 3 décembre 2020, le Centre R._____ a indiqué à l'OAI qu'il ne pouvait répondre favorablement à sa demande de renseignements, l'assuré ayant interrompu son suivi au départ de son thérapeute en octobre 2020.

Dans un rapport du 29 avril 2021, le Dr H._____, psychiatre traitant depuis le 23 janvier 2021, a retenu les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique et de syndrome de dépendance au cannabis, utilisation épisodique depuis l'âge de 18-20 ans, ainsi que le diagnostic de polylipomatose sans effet sur la capacité de travail. Le Dr H._____ a considéré que l'assuré était incapable de travailler et que sa capacité à être réadapté était

compromise par l'effet des douleurs au quotidien et la comorbidité avec le trouble psychiatrique. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : les douleurs somatoformes, la fatigue, le retrait social, les troubles de sommeil, le rythme nyctéméral perturbé entraînant des troubles de concentration, et la résistance moindre au stress.

Suivant l'avis du SMR qui préconisait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, l'OAI a confié la réalisation de celle-ci au Centre d'expertise Q._____, plus particulièrement aux Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale, M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Après avoir vu l'assuré les 24 septembre et 6 octobre 2021, les experts ont rendu leur rapport le 16 décembre 2021. Ils ont retenu le diagnostic incapacitant de douleurs du pied droit persistantes après fracture-luxation du Lisfranc droit le 4 octobre 2007 ayant nécessité une ostéosynthèse et une arthrodèse du Lisfranc le 22 octobre 2007, avec reprise de l'arthrodèse TMT1 à droite et cure d'orteils en griffe 2 et 3 en mars 2009, avec actuellement des lésions dégénératives du médio-tarse. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont posé les diagnostics de status après fracture du poignet gauche le 4 novembre 2005 traitée conservativement, de syndrome des apnées du sommeil sévère connu depuis 2020, de consommation de cannabis sans retentissement neurologique ou sur la sphère ORL/respiratoire, de polylipomatose avec status après lipomectomies en 2021, 2015 et 2010, de dyslipidémie non traitée, de consommation chronique de tabac et de surcharge pondérale. D'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, était considéré comme léger en respectant le profil d'effort. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale depuis le 4 octobre 2007. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale, à l'exception de la période du 4 octobre 2007 au 17 septembre 2009 du point de vue orthopédique et d'une période de 8 jours après chacune des lipomectomies. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail avait

toujours été de 100 % depuis au moins 2012, soit quelques mois après l'expertise de 2011 qui évoquait une capacité de travail de 50 % avec reprise possible à 100 % de l'activité professionnelle sur le plan psychiatrique, étant précisé que l'absence de suivi psychiatrique jusqu'en 2019 accréditait une récupération totale sur ce plan. L'expert psychiatre a relevé des incohérences entre les plaintes et ses observations. Les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes, uniquement sur le plan orthopédique : pas de marche de longue durée ou de moyenne durée, pas de marche en terrain inégal, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas d'engin vibrant, activité principalement assise avec la possibilité d'alterner les positions, pas d'escaliers de manière répétitive.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 19 mai 2022 que cette expertise permettait d'exclure une aggravation de l'état de santé notable et durable depuis les précédentes décisions de l'OAI. L'atteinte du pied déjà connue était stable et il n'y avait aucune nouvelle atteinte récente du ressort de l'OAI, que ce soit sur le plan psychiatrique ou somatique. Les observations des experts mettaient en avant un comportement d'amplification et des incohérences en situation d'examen. L'OAI a ajouté que l'expertise du Centre d'expertise T._____ du 21 novembre 2011 effectuée pour le compte de l'assureur-accidents avait retenu un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, réactionnel aux difficultés de l'assuré à s'adapter aux suites de l'accident, sans élément pour un stress post traumatique, avec une capacité de travail de 50 % à réévaluer. Cette expertise avait été versée au dossier après la fermeture des demandes précédentes. Dans ce contexte, le SMR a considéré que l'aspect psychiatrique, non reconnu ou pris en compte lors de la demande initiale, n'avait pas généré d'atteinte durable au sens de l'OAI. Il a donc retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2008, conformément à la décision du 28 janvier 2009. Par la suite, l'assuré n'a plus eu de prise en charge psychiatrique entre 2012 et fin 2019.

Dans un nouveau projet de décision du 21 septembre 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de refuser de lui accorder une

rente d'invalidité. S'il était incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 4 octobre 2007, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2008. Après comparaison des revenus, il apparaissait qu'il ne présentait pas de préjudice économique.

Le 17 octobre 2022, l'assuré, toujours représenté par Inclusion Handicap, a contesté la valeur probante de l'expertise du Centre d'expertise Q._____. L'expert orthopédiste n'avait pas examiné les tender points et avait ainsi écarté les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux de manière trop sommaire. S'agissant du volet psychiatrique, l'expert avait écarté le diagnostic de syndrome douloureux complexe retenu par le psychiatre traitant, sans motiver sa conclusion à satisfaction. L'assuré a renvoyé à cet égard à un rapport établi le 21 février 2022 par son psychiatre traitant, le Dr H._____. Ce médecin prenait position sur l'expertise, en relevant notamment que le diagnostic de trouble dépressif était posé depuis 2009 et que l'absence d'un ou plusieurs symptômes au cours d'un seul entretien ne suffisait pas à écarter le diagnostic. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était également écarté à tort, au vu des éléments rapportés. Le Dr H._____ ajoutait que l'assuré avait débuté la prise d'antidépresseurs à vocation antalgique, soit le troisième palier d'antidouleurs, et consommait également plusieurs fois par semaine du cannabis à cette fin. Un syndrome de dépendance devait être retenu. Ces atteintes entraînaient des difficultés relationnelles ressenties par le sujet, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, des difficultés dans les déplacements, des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, des difficultés d'organisation du temps, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation. L'assuré était donc incapable de travailler dans toutes activités. L'assuré a ajouté qu'au vu de ses nombreuses limitations, un abattement plus important sur le salaire statistique se justifiait.

Le SMR a pris position sur les éléments avancés par l'assuré dans ses griefs dans un avis le 28 novembre 2022.

Par décision du 28 novembre 2022, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision. Dans un courrier du même jour, il a confirmé que l'expertise du Centre d'expertise Q._____ était pleinement probante et que les éléments avancés ne permettaient pas de remettre en cause sa position. Le rapport du Dr H._____ n'apportait au demeurant aucun élément nouveau ni ne mettait en évidence des éléments qui auraient été omis dans l'expertise. L'OAI a précisé que le diagnostic de fibromyalgie n'était évoqué dans aucun rapport au dossier. Rien n'orientait vers une problématique de syndrome douloureux diffus, de type insertionnel, permettant de soupçonner une fibromyalgie. L'assuré se plaignait quasi exclusivement de douleurs du pied droit persistantes et invalidantes dans les suites de son accident et l'anamnèse systématique au cours des différents examens spécialisés n'apportait aucune plainte douloureuse sauf la notion de « un peu les douleurs derrière la tête ». L'équivalent psychiatrique, à savoir un syndrome douloureux somatoforme persistant, était également écarté par les experts du Centre d'expertise Q._____, l'assuré ne remplissant pas les critères diagnostiques. Dans tous les cas, les critères de gravité n'étaient pas réalisés. L'expertise du Centre d'expertise Q._____ avait en outre mis en évidence un comportement d'amplification et des incohérences en situation d'examen, ainsi que des ressources chez l'assuré. De plus, au moment de l'expertise, le traitement antalgique n'était prescrit qu'en réserve. L'OAI a ajouté qu'un abattement de 10 % avait été pris en considération sur le revenu avec invalidité et que rien ne justifiait de retenir un abattement plus conséquent, l'assuré n'étant pas d'un âge avancé, n'ayant pas de multiples années de service ou un taux d'activité réduit.

D. Par acte du 17 janvier 2023, C._____, représenté par Inclusion Handicap, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant a réitéré les griefs soulevés devant l'intimé.

Par décision du 20 février 2023, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires.

Par réponse du 22 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la demande du 3 septembre 2019 s'inscrivait dans le contexte d'une précédente décision de refus du 28 janvier 2009. Dans le cadre cette nouvelle demande, il avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont il ressortait que l'assuré était certes incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 4 octobre 2007 mais pleinement capable de travailler depuis mai 2008 dans une activité adaptée à ses limitations orthopédiques. Les experts n'ont retenu aucune atteinte psychiatrique incapacitante. Aussi, il n'était pas fait état d'une péjoration de l'état de santé depuis la précédente décision de refus. La décision litigieuse était justifiée.

Par réplique du 18 avril 2023, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a soutenu que la précédente décision de refus de 2009 était fondée sur son état de santé somatique, tandis que son état de santé psychique s'était dégradé depuis. Cela avait justifié une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, qui n'était pas probant et ne pouvait être suivi.

Dupliquant le 1^{er} mai 2023, l'intimé a confirmé sa conclusion en rejet du recours et relevé qu'aucun élément nouveau n'était apporté par le recourant.

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 fériés de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c 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 s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la décision de refus de rente du 28 janvier 2009, à savoir la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 28 novembre 2022 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

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 naissance éventuelle du droit à une rente serait antérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

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

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

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue

plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

e) 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).

f) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

4. 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).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. Au dépôt de sa première demande de prestations en juin 2008, l'assuré a indiqué souffrir des conséquences de son accident du 4 octobre 2007 lors duquel il a subi une fracture luxation du Lisfranc du pied droit, opérée par ostéosynthèse, avant une ablation du matériel d'ostéosynthèse en mars 2008. Dans sa décision du 28 janvier 2009, non contestée, l'OAI a retenu que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide magasinier, mais était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de mai 2008. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de station debout prolongée, pas de port de charges de plus de 12 kg, pas de déplacements sur des moyennes et longues

distances, pas de montées ou descentes d'escaliers. La comparaison des revenus sans invalidité (48'100 fr.) et avec invalidité (55'250 fr. 52) ne laissait apparaître aucune perte de gain, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert.

6. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en septembre 2019, en faisant toujours état des conséquences somatiques de son accident et en ajoutant souffrir d'impact psychique post-traumatique. L'OAI a recueilli des rapports auprès de ses médecins et mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise Q._____. Les experts du Centre d'expertise Q._____ ont retenu pour seul diagnostic incapacitant celui de douleurs du pied droit persistantes après fracture-luxation du Lisfranc droit avec actuellement des lésions dégénératives du médio-tarse. Ils ont conclu que l'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle, mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles orthopédiques. Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 19 mai 2022, que l'expertise avait permis d'exclure une aggravation de l'état de santé de l'assuré au niveau somatique ou une nouvelle atteinte au niveau psychiatrique, depuis la décision de 2009. L'expertise sollicitée par l'assureur-accidents et rendue par le Centre d'expertise T._____ le 21 novembre 2011, qui avait retenu un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, avait été versée au dossier après la clôture des demandes précédentes. L'aspect psychiatrique, non reconnu ou pris en compte à la suite de la demande initiale, n'avait pas généré d'atteinte durable au sens de l'OAI, de sorte qu'aucune incapacité de travail n'était reconnue à ce niveau. L'OAI a ainsi considéré, comme dans sa précédente décision de refus du 28 janvier 2009, que l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2008.

Le recourant considère pour sa part que l'expertise du Centre d'expertise Q._____ est dépourvue de valeur probante, plus particulièrement son volet orthopédique et psychiatrique.

a) Le volet orthopédique a été confié au Dr M._____, qui a constaté lors de son examen une atrophie musculaire au niveau du mollet droit, une cheville droite mobile normalement en flexion/extension, l'absence de chaleur ou de tuméfaction, des cicatrices opératoires calmes, un pied gauche sans anomalie, une petite tendance aux pieds creux avec une sensibilité et un pied droit un peu plus petit que le gauche. Au cours de l'examen, la marche sur les talons était possible, comme l'accroupissement, à l'exception de la marche sur les pointes à droite. Fondé sur l'ensemble des éléments du dossier, l'expert a relevé que la situation était stabilisée depuis de nombreuses années, bien que les plaintes restent identiques. L'assuré s'est plaint à l'expert de douleurs du pied droit en cas d'activité physique, de fourmillements en position assise et d'un œdème lorsqu'il marche. L'expert a constaté que l'assuré ne déroulait pas son pied droit en marchant, ce qui pouvait participer à l'apparition d'œdème du pied. Son chaussage était toutefois normal, l'assuré n'ayant pas supporté une semelle moulée, rigide, proposée il y a plusieurs années. L'expert a relevé la présence de lésions dégénératives du pied, secondaires au traumatisme, mais encore modérées, qui ne devraient pas empêcher l'intéressé d'effectuer les tâches de la vie quotidienne et une activité adaptée. Ces lésions engendraient des limitations fonctionnelles, soit pas de marche de longue durée ou de moyenne durée, pas de marche en terrain inégal, pas de position debout statique pendant une longue durée, pas de position accroupie, pas d'escaliers de manière répétitive, charges limitées à quelques kilos. L'appréciation de la capacité de travail demeurait inchangée sur le plan.

Les constatations de l'expert ne font état d'aucune aggravation, par rapport à la situation médicale existante par le passé. Celle-ci apparaît même superposable à celle qui prévalait, sur le plan orthopédique, lorsque la décision du 28 janvier 2009 a été rendue. Le recourant conteste néanmoins la valeur probante de ce volet, considérant que l'examen de l'expert est incomplet en ce sens qu'il ne contient pas l'analyse des tender points, qui constituent un des moyens de retenir le diagnostic de fibromyalgie. Il apparaît en effet que l'expert n'a pas procédé à l'analyse de ces points, ce qui est congruent avec les éléments

du dossier et les plaintes spontanées de l'assuré. Celui-ci évoque des douleurs au pied droit, des fourmillements et des douleurs à l'arrière de la tête, uniquement. Ces éléments ne suffisent pas pour évoquer une problématique de syndrome douloureux diffus, qui aurait permis de soupçonner la présence d'une fibromyalgie, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 28 novembre 2022. Ce diagnostic n'a au demeurant été évoqué par aucun médecin avant que l'assuré ne le soutienne dans ses griefs du 17 octobre 2022. Le recourant, qui n'étaye pas son point de vue médicalement, ne saurait être suivi. Il y a au contraire lieu de reconnaître la valeur probante du volet orthopédique de l'expertise du Centre d'expertise Q._____, celui-ci étant fondé sur l'ensemble des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assuré, après l'établissement d'une anamnèse complète et faisant état de conclusions claires et motivées.

b) Le volet psychiatrique a été confié au Dr U._____, qui a examiné l'assuré le 6 octobre 2021. A l'issue de son entretien, se fondant sur le dossier et ses observations, l'expert U._____ a écarté tout diagnostic, avec ou sans effet sur la capacité de travail. Il s'est également prononcé sur les diagnostics retenus par les médecins traitants.

L'épisode dépressif constaté en juin 2010 par le Dr [...] n'était pas corrélé par la stratégie thérapeutique mise en place. Par la suite, les experts du Centre d'expertise T._____ ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans lien avec l'accident, et estimé que la capacité était de 50 % avec une reprise possible d'une activité adaptée à plein temps. L'expert du Centre d'expertise Q._____ a considéré que l'absence de suivi spécialisé jusqu'en 2019 accréditait l'amélioration de l'état de l'assuré. On peut observer encore que les experts du Centre d'expertise T._____ avaient relevé que l'intéressé effectuait des tâches au quotidien, notamment la gestion des factures et des courriers, ce qui démontre que les troubles de la concentration allégués n'étaient pas sévères. Le ralentissement observé par les experts, ainsi que la fatigabilité et l'abattement étaient également légers. Ces éléments confortent tant les conclusions de l'expert du Centre d'expertise Q._____ que celles du SMR, eu égard au caractère non durable sur le plan psychiatrique (cf. avis

du 19 mai 2022). Un nouveau suivi psychiatrique a débuté après le dépôt de la dernière demande AI, a été interrompu et puis repris auprès d'un autre médecin, le Dr H._____, en janvier 2021. Ce médecin retient un épisode dépressif récurrent, épisode moyen, sans syndrome somatique. De l'avis de l'expert U._____, ce diagnostic doit être écarté, au vu des éléments constatés à l'examen et à l'anamnèse ; l'assuré s'occupe d'un certain nombre d'activités ménagères, des tâches administratives, a des centres d'intérêts sur des sujets sociaux, politiques et des reportages, et s'occupe de sa fille. Ces éléments font apparaître des ressources chez l'assuré, qui peut également compter sur sa compagne, son frère et un ami. Ainsi, contrairement à ce que soutient le Dr H._____ dans son rapport du 22 février 2022, l'expert ne s'est pas uniquement fondé sur ses observations lors de l'entretien, mais sur les pièces du dossier et l'anamnèse, tout en prenant en compte les plaintes de l'assuré. À cet égard, il a noté un phénomène d'amplification face à la maladie, relevant des divergences entre les plaintes, le comportement de l'intéressé en situation d'examen et les activités ménagères réalisées. On relèvera encore que les incohérences relevées quant à l'horaire de prise des médicaments ont peu d'incidence sur les conclusions finales de l'expert.

S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, retenu par le psychiatre traitant, l'expert l'a également écarté au motif que des attitudes ou comportements disharmonieux dans plusieurs secteurs de fonctionnement n'étaient pas retrouvés. L'assuré avait fonctionné dans son pays d'origine et en Suisse, en travaillant de nombreuses années, sans problèmes relationnels, et en s'intégrant par la pratique d'une activité sportive. Aucun événement dans l'enfance ou l'adolescence n'était survenu, à l'exception du décès de son père qui l'avait marqué sans toutefois l'empêcher de finir sa scolarité, obtenir des diplômes et travailler. L'expert a conclu que les critères diagnostiques d'un trouble spécifique de la personnalité n'étaient pas retrouvés. Il s'agit là d'une appréciation détaillée et étayée qui se fonde sur l'ensemble des éléments du dossier.

L'expert a encore expliqué que le fait pour l'assuré de ne pas rapporter de détresse à l'évocation des douleurs, l'absence de plainte algique durant l'examen, le faible suivi médical, la prise espacée des traitements antalgiques n'étaient pas concordants avec la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. De ce fait, l'expert, reprenant les éléments diagnostiques du trouble somatoforme, a exposé de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles cette atteinte ne pouvait être retenue. Il ne s'est pas uniquement fondé sur la prise espacée du traitement médicamenteux ni sur le fait d'avoir donné des explications confuses à propos de l'horaire de prise des médicaments, comme le prétend le Dr H._____. A noter encore que le fait de rapporter d'une part une baisse de moral ou une frustration et d'autre part l'absence de détresse à l'évocation des douleurs n'est pas contradictoire, s'agissant de notions d'intensité différente. On relèvera encore que le psychiatre traitant, qui a retenu ce trouble, n'a pas étayé ce diagnostic de manière détaillée. En outre, le Dr H._____ précise que les douleurs surviennent chez l'assuré dans un contexte de conflits et de problèmes psycho-sociaux (cf. rapport du 21 février 2022). Or, comme l'a relevé à juste titre le SMR dans son avis du 28 novembre 2022, l'accident du 4 octobre 2007 est antérieur aux difficultés psychosociales rencontrées (conflit de couple et séparation), selon l'anamnèse. L'assuré s'est séparé en 2013, a divorcé en 2016, a rencontré sa nouvelle compagne cette année-là et a eu un enfant avec elle, alors même que les douleurs sont présentes depuis 2007. L'assuré explique au demeurant que ce sont les douleurs qui entraînent des tensions dans le couple, exposant que « les douleurs cassent tout ». Dans ces circonstances, il apparaît que les difficultés psychosociales sont la conséquence des douleurs et non l'inverse, comme retenu par le SMR, ce qui exclut le diagnostic.

L'expert a enfin fait état de la consommation régulière de cannabis de l'assuré, estimant qu'elle ne rassemblait pas les critères de gravité ; elle était à but antalgique, était contrôlée à raison de trois fois par semaine, sans effet de tolérance et sans abandon progressif à une autre substance. La recherche de toxique dans les urines, réalisée dans le cadre de l'expertise, était positive au cannabis, confirmant une

consommation dans un but antalgique et inducteur de sommeil. L'expert a ajouté que la consommation était présente depuis le début de l'âge adulte, mais n'était toutefois pas permanente et n'avait pas été un obstacle à une activité professionnelle par le passé. Elle ne faisait donc pas obstacle à une capacité de travail. Ce raisonnement est étayé et convaincant, sans être valablement remis en cause par l'appréciation du Dr H._____ qui évoque lui aussi une consommation de cannabis trois fois par semaine. Comme relevé par le SMR, le Dr H._____ ne rapporte au demeurant pas dans son rapport de critère clinique permettant de retenir un syndrome de dépendance.

Vu ce qui précède, le volet psychiatrique de l'expertise peut se voir conférer une pleine valeur probante.

c) Le recourant ne remet pas en cause le volet de médecine interne générale, dont la réalisation a été confiée au Dr B._____. Le Dr B._____ a recueilli les plaintes de l'assuré puis a procédé à un examen par système de ce dernier. Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome des apnées du sommeil sévère, de consommation de cannabis sans retentissement neurologique ou sur la sphère ORL/respiratoire, de polylipomatose avec status après lipomectomies en 2021, 2015 et 2010, de dyslipidémie non traitée, de consommation chronique de tabac et de surcharge pondérale. Il a constaté que les atteintes à la santé n'avaient jamais eu d'effet sur la capacité de travail ou les activités de la vie quotidienne, du point de vue de la médecine interne. Concernant l'apnée du sommeil, l'expert a exposé que l'assuré n'avait pas supporté la CPAP et avait rendu l'appareil, mais qu'il était en attente d'une orthèse mandibulaire. Actuellement, il ne faisait pas de sieste en journée, ne présentait pas d'hypersomnolence diurne, eu égard aux résultats de 2/24 à l'échelle subjective d'Epworth et aux constatations lors de l'entretien, était autonome dans les activités quotidiennes et ne présentait pas de déficit neurologique. L'expert a ainsi considéré que cette atteinte n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Il ne confirmait en outre pas la contre-indication à la conduite automobile retenue par le Dr J._____, justifiant son appréciation au vu

de l'absence de sieste en journée et d'hypersomnolence diurne excessive subjective (selon l'Epworth) ou objectivée par ses soins. Aussi, aucune limitation fonctionnelle n'était à retenir en lien avec cette atteinte, d'autant plus qu'une bonne compliance à un traitement (CPAP ou orthèse mandibulaire) permettrait de bien la corriger. L'expert a suggéré de poursuivre la mise en place du traitement du syndrome d'apnée du sommeil auprès de la Ligue Pulmonaire ou d'un spécialiste. S'agissant des autres atteintes, elles étaient bénignes et n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle.

d) Partant, l'expertise du Centre d'expertise Q._____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'OAI pouvait ainsi suivre ses conclusions et retenir qu'il n'y avait, du point de vue orthopédique, aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis la précédente décision du 28 janvier 2009, tandis qu'aucune nouvelle atteinte incapacitante n'était relevée du point de vue psychiatrique et de médecine interne.

e) L'OAI a par conséquent procédé, en l'absence d'élément nouveau, conformément à sa précédente décision de janvier 2009. Il a ainsi repris, dans la décision contestée, le calcul du degré d'invalidité réalisé en 2009, avec un revenu sans invalidité de 48'100 fr. et avec invalidité de 55'250 fr. 52 après un abattement de 10 %.

Le recourant conteste l'abattement retenu, en se prévalant de ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques. L'OAI a cependant retenu un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations orthopédiques présentées ayant trait à la marche et à l'alternance des positions. Cet abattement apparaît suffisant, ce d'autant que l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. Au demeurant, l'OAI a repris le calcul du degré d'invalidité auquel il s'était livré dans sa décision du 28 janvier 2009, que le recourant n'avait pas contesté en son temps.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle 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 (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 novembre 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 mis à la charge de C. _____ et provisoirement supportés par 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.

a

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap (pour C. _____),
- 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 :