

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Neu et Tinguely, juges
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité [...], divorcé, a travaillé chez E. _____ comme vendeur à 80 % depuis le 15 juillet 2010, jusqu'à son licenciement, le 31 décembre 2013.

b) Le 16 juin 2012, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail en se coinçant le pied entre deux transpalettes électriques et a subi une fracture de la cheville gauche. Il s'est trouvé en arrêt de travail à 100 % après l'accident, puis à 50 % dès le 1^{er} mars 2013, et à nouveau à 100 % dès le 24 avril 2013, jusqu'à la résiliation de son contrat. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), en sa qualité d'assureur-accident.

c) Le 19 avril 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant, comme atteintes à la santé, une double fracture du pied gauche et une déchirure des ligaments.

d) Le 2 mai 2013, l'OAI a réceptionné le dossier de la CNA qui contenait notamment un rapport du 22 mars 2013 du Dr W. _____, posant les diagnostics d'entorse de la cheville gauche, avec fracture du scaphoïde, et lésions du ligament latéral externe péronéo-astragalien antérieur.

e) Dans un rapport du 5 juin 2013 adressé à l'OAI, le Dr W. _____ a posé les diagnostics d'entorse de la cheville gauche, avec fracture non déplacée du scaphoïde, et de lésions du ligament latéral externe péronéo-astragalien antérieur. Il a attesté une incapacité de travail totale du 16 juin 2012 au 28 février 2013, à 50 % du 1^{er} mars au 23 avril 2013, puis à nouveau à 100 % dès le 24 avril 2013. A la question de la reprise de l'activité professionnelle, le Dr W. _____ a précisé qu'elle serait difficile, l'assuré, à peine remis au travail, demandant des arrêts de travail à ses différents médecins.

f) Selon un entretien téléphonique du 4 novembre 2013 entre l'OAI et la CNA, celle-ci attendait des nouvelles du médecin de l'assuré qui préconisait une intervention chirurgicale sur laquelle le médecin conseil de l'assurance-accident n'était pas forcément d'accord. La situation n'était pas claire de savoir s'il y aurait une intervention chirurgicale ou un séjour à la Centre B._____ (ci-après : la Centre B._____). Il était précisé que la situation psycho-sociale de l'assuré était difficile en raison de son licenciement et de son divorce en cours.

g) Par avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 12 mai 2014, le Dr T._____, médecin praticien, a estimé qu'un reclassement devait être possible, depuis au moins le 22 mars 2013, à 100 %, dans une activité adaptée sédentaire en position semi-assise sans activité uniquement debout, sans déplacements en terrain irrégulier, sans position accroupie ou à genoux, sans travail en hauteur, ni port de charges. Il a demandé à ce que les médecins traitants fassent parvenir un rapport précisant l'état de santé actuel, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 25 avril 2013, ainsi que les limitations fonctionnelles.

h) Dans un rapport du 6 juin 2014 adressé à l'OAI, le Dr Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistant au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier K._____, a posé le diagnostic d'écrasement du pied gauche avec probable entorse latérale de la cheville, du Lisfranc et fracture arrachement dorsal du naviculaire. Il a indiqué, comme limitations fonctionnelles, une limitation des « déplacements sur terrain irrégulier, échelle, escaliers, port de lourdes charges et position en contrainte pour la cheville ». Il a attesté une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée une fois que la situation serait stabilisée, ce qui n'était pas encore le cas, l'assuré devant encore subir une intervention chirurgicale et recevoir des chaussures orthopédiques adaptées.

i) Le 4 septembre 2014, l'OAI a réceptionné le dossier de la CNA et a été informé qu'un séjour à la Centre B._____ était prévu pour le 16 septembre 2014. Il ressort notamment du dossier les rapports suivants :

- une note d'entretien du 16 avril 2014 entre la CNA et le Dr W._____, selon laquelle celui-ci était d'avis que l'assuré n'avait plus autrement de problèmes pour se déplacer qui justifiaient une intervention chirurgicale. De plus, les autres douleurs présentées au niveau de toute la jambe gauche, du dos et même jusque dans la nuque, ne pouvaient pas du tout correspondre à ce qu'il avait constaté comme séquelle de l'accident au niveau du pied gauche ;

- un rapport du 19 avril 2014 du Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, posant le diagnostic d'arthralgies du médio-pied gauche dans un contexte de status après fracture du scaphoïde et entorse du ligament latéral externe, de sévères dysbalances musculaires et de souffrances algodysfonctionnelles thoraco-lombaires. Selon ce médecin, le pronostic était sombre étant donné les répercussions psycho-sociales, mais une reprise du travail pouvait être envisagée dans une activité adaptée limitant les déplacements et les ports de charge. Il a précisé que le traumatisme avait profondément déstabilisé l'assuré, qui avait littéralement perdu confiance en ses potentialités à l'origine d'une régression psychomotrice ;

- un rapport du Dr W._____ du 18 juillet 2014 mentionnant que l'assuré se plaignait toujours de douleurs au niveau de son pied, mais aussi de douleurs irradiant au niveau du genou, de la hanche et du dos remontant jusqu'au niveau des cervicales ; l'assuré présentait également un état dépressif à la suite de ses problèmes familiaux et conjugaux et à la suite de son licenciement.

j) Le 10 novembre 2014, l'OAI a réceptionné le dossier de la CNA, qui contenait notamment un rapport du 30 octobre 2014 des Drs

Y._____ et Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin hospitalier à la Centre B._____, dont il est extrait ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- *Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles cheville gauche*

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- *16.06.2012 : écrasement du pied gauche avec entorse latérale de la cheville gauche, du Lisfranc, fracture-arrachement dorsal du naviculaire*

- *Remaniements avec géodes du naviculaire gauche*

- *ENMG du 13.10.2014 : très légère lésion axonale des nerfs plantaires externes et fibulaires superficiels gauches (...)*

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : aucun.

Sur le plan psychiatrique : aucun.

Sur le plan neurologique : *Très légère lésion axonale des nerfs plantaires externes et fibulaires superficiels gauches* (cf rapport de neurologie, neuropsych)

Concernant une baisse alléguée de l'humeur, en lien avec les différentes pertes, sans atteindre le seuil diagnostique d'un trouble de l'adaptation, le patient a été suivi par une psychologue-clinicienne au groupe "relaxation" avec entretiens ciblés sur les préoccupations du patient et les peurs. Des difficultés de sommeil ont finalement conduit après discussion avec le psychiatre, à une prescription de Remeron avec bon effet. Outre cette amélioration du sommeil, il n'y a pas eu de changement durant le séjour.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Les douleurs latérales du pied, en partie neuropathiques sont probablement en partie explicables par l'écrasement et les lésions des nerfs plantaires externes et fibulaires superficiels gauches. (...)

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible. De nombreux retards aux thérapies planifiées (individuelles et groupes) ont été relevés ; de plus le patient est à un tel point centré sur la douleur qu'il n'a pas été possible malgré quelques tentatives de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne. (...)

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : marche prolongée et sur des échelles ou dans des escaliers, accroupissements, marche sur des terrains irréguliers, port de lourdes charges.

La situation est stabilisée du point de vue médical. »

k) Dans un rapport du 16 mars 2015 adressé à l'OAI, le Dr A._____, médecin praticien et médecin traitant, a posé les diagnostics de traumatisme du membre inférieur gauche par écrasement en juin 2012, fracture et arrachement naviculaire et entorse grave, de probable algoneurodystrophie réactionnelle et de trouble anxio-dépressif. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et a mentionné qu'une activité adaptée à taux partiel serait à évaluer. Il a précisé que l'assuré présentait des difficultés de mobilisation et des douleurs du dos et du membre inférieur, ainsi que des difficultés de concentration et de mémorisation.

l) Le 7 septembre 2015, l'OAI a reçu le dossier de la CNA, avec notamment les rapports suivants :

- un rapport de consultation du 27 janvier 2015 par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, selon lequel l'assuré avait des douleurs sur le dos du pied gauche, mais également le long des péroniers et à la face interne de la cheville, ainsi qu'une gêne dans le genou controlatéral, dans la hanche droite et le dos ;

- un rapport intermédiaire du 18 mai 2015 du Dr W._____ retenant les diagnostics d'entorse de la cheville et de l'avant-pied gauches en 2012, de douleurs persistantes et de petite géode de l'os naviculaire sur probable fracture arrachement au niveau du ligament. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs partant du pied et remontant dans toute la jambe gauche, qui étaient responsables d'une boiterie qui avait déclenché des douleurs au niveau du bassin et de toute la colonne vertébrale. Il a précisé que le pronostic, qui était influencé par un état dépressif, un divorce en cours et un sentiment d'abandon, était mauvais ;

- un rapport du 12 juin 2015 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic de séquelles traumatiques du pied gauche (écrasement du 16 juin 2012), avec syndrome douloureux diffus, probable entorse

latérale de la cheville et fracture arrachement dorsal du naviculaire et remaniement avec géodes du naviculaire. Il a indiqué que, par rapport à l'examen de 2013, la thymie de l'assuré semblait fortement péjorée avec un patient très apathique, triste et déprimé. Selon lui, il n'y avait pas d'indication à un curetage-greffe des zones géodiques du naviculaire et, sur le plan professionnel, une réinsertion vers une activité sédentaire semblait effectivement être la meilleure solution ;

- un rapport intermédiaire du 13 juillet 2015 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de séquelles traumatiques du pied gauche après écrasement le 16 juin 2012, de syndrome douloureux diffus, probable entorse latérale de la cheville et fracture arrachement dorsale du naviculaire et de remaniement du naviculaire. Il a mentionné des douleurs persistantes localisées au dos du naviculaire du tarse du pied gauche et des douleurs permanentes et accrues aux activités. Il a précisé que l'assuré, qui était convaincu d'être incompris par les médecins, était focalisé sur ses douleurs au dos du pied et présentait des problèmes psychologiques. Il a ajouté que ces douleurs n'empêchaient pas l'assuré d'effectuer ses six prières quotidiennes, en position assise, sur cette cheville dans la zone douloureuse.

m) Les 16 mars, 6 juillet et 5 octobre 2016, l'OAI s'est vu transmettre le dossier de la CNA, contenant notamment les pièces suivantes :

- le rapport d'examen final du 21 septembre 2016 du Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, dont il ressort notamment ce qui suit :

« (...) Déclarations de l'assuré

Le patient dit que ça ne va pas. Il a des douleurs « atroces », à type de brûlures, sur le bord externe du pied G[auche] mais également de part et d'autre de la cheville G[auche]. Les douleurs sont continues, également nocturnes, aggravées par la marche. Le patient est limité dans ses déplacements. Il doit s'arrêter souvent. Il supporte mal les positions statiques prolongées. Il souffre aussi du genou controlatéral et du dos, en particulier la nuit. Il souligne que

l'accident a complètement bouleversé sa vie. Perdant courage, en proie à des idées noires, il aurait même fait un tentamen médicamenteux cette année. (...)

Il s'est également résolu à consulter un psychiatre, le Dr R. _____, avec lequel il a essayé de reprendre contact récemment sans succès. (...)

Il y a donc une importante discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui sont finalement très minces.

Dans ces conditions, il n'y a strictement aucune chance qu'une intervention, de quelque nature qu'elle soit, améliore notablement la situation et ce sont manifestement des facteurs non orthopédiques, en bonne partie antérieurs à l'accident, qui modulent l'évolution chez un patient centré sur ses douleurs et peu motivé à aller mieux.

Il faut que M. P. _____ se trouve un emploi qui lui convienne.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Centre B. _____.

Elles sont toujours d'actualité.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière. (...) » ;

- un courrier du 5 octobre 2016 de la CNA informant l'assuré que, selon l'appréciation du Dr V. _____, la poursuite du traitement ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident, raison pour laquelle le versement des prestations était suspendu pour les frais de traitement et les indemnités journalières.

n) Dans un rapport SMR du 27 octobre 2016, le Dr T. _____ a indiqué, comme atteinte principale à la santé, un status post écrasement du pied gauche avec entorse latérale de la cheville gauche, du Lisfranc, fracture-arrachement dorsal du naviculaire, remaniements avec géodes du naviculaire gauche et très légère lésion axonale des nerfs plantaires externes et fibulaires superficiels gauches. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2013. Pour les limitations fonctionnelles, il était renvoyé au rapport de la Centre B. _____, à savoir « marche prolongée et sur des échelles ou dans des escaliers, accroupissements, marche sur des terrains irréguliers, port de lourdes charges ».

o) Par décision du 28 octobre 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle refusait de lui octroyer une rente d'invalidité, dès lors qu'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existait pas. Elle lui a en revanche octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7.50 %.

Par décision sur opposition du 16 décembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé la décision précitée, au motif que l'assuré n'avait apporté aucun élément médical permettant de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement. Il n'y avait en outre pas d'indication à la chirurgie et il fallait faire abstraction des facteurs médicaux défavorables qui influençaient la reprise d'une activité adaptée.

p) Par courrier du 22 février 2017, l'OAI a informé l'assuré que les conditions du droit à l'aide au placement étaient remplies. L'octroi de cette mesure signifiait que, du point de vue de l'assurance-invalidité, il était réadaptable, raison pour laquelle il n'avait pas droit à une rente.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé l'assuré qu'il prévoyait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors qu'une capacité de travail entière pouvait être attendue de sa part dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche prolongée et sur des échelles ou des escaliers, pas d'accroupissements, pas de marche sur des terrains irréguliers et pas de port de charges lourdes, depuis mars 2013.

q) Selon un rapport final du 4 avril 2017, le mandat d'aide au placement a été clos, dès lors que l'assuré n'était pas intéressé par cette mesure, n'ayant pas été présent à la séance d'information du même jour, ni donné de nouvelles par la suite.

r) Par courrier du 15 avril 2017, l'assuré a contesté le projet de décision du 22 février 2017, reçu le 21 mars 2017. Il a exposé pouvoir

travailler à 20 %, taux qu'il comptait augmenter à 30 %, voire à 50 %. A son courrier étaient joints le courrier du 5 octobre 2016 et la décision du 28 octobre 2016 de la CNA.

s) Selon un certificat du 9 février 2017 du Dr A._____ établi dans le cadre de l'inscription de l'assuré au chômage, celui-ci était inapte au travail à 80 % depuis le 1^{er} mars 2017. Quant aux limitations fonctionnelles, il fallait éviter le port de charges et les positions debout et assise prolongées. Le taux pouvait augmenter progressivement, selon l'activité adaptée qui devait être appréciée également par un psychiatre, au vu de facteurs de stress psychologique.

t) Dans le délai prolongé par l'OAI au 15 juin 2017, l'assuré, désormais représenté par Inclusion Handicap, a, par courrier du même jour, requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où il n'existait aucun rapport récent d'un psychiatre, alors que son comportement démontrait la nécessité d'une instruction sur le plan psychiatrique. Il a mentionné que son état psychologique était fragile (cf. rapport du 30 octobre 2014 de la Centre B._____) et qu'il avait tenté de se suicider (cf. rapport du Dr V._____ du 21 septembre 2016).

u) Faisant suite à un courrier du 19 juin 2017 de l'OAI demandant des renseignements quant à un éventuel suivi psychiatrique, l'assuré a répondu, le 11 juillet 2017, qu'il était possible qu'il ait consulté un psychiatre dans le passé, mais qu'il ne s'en souvenait pas bien. Il a indiqué qu'il consultait le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et que la dernière consultation s'était déroulée le 10 juillet 2017.

v) Dans un rapport du 31 août 2017 adressé à l'OAI, le Dr R._____, qui a précisé suivre l'assuré depuis le 9 juillet 2015, a posé les diagnostics de douleurs mixtes neuropathiques et nociceptives au niveau du pied gauche post-traumatique, de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), depuis 2012, et d'autre trouble spécifique de la personnalité (F60.8). Le psychiatre traitant a mentionné

que l'assuré se sentait seul, incompris, sans aide et sans espoir et qu'il était angoissé, déprimé et révolté avec un sentiment d'injustice. Dans la rubrique « constat médical », le médecin a mentionné une thymie diminuée, de fortes angoisses, des troubles du sommeil et de l'appétit, de l'inquiétude par rapport à ses douleurs et à son avenir, l'expression d'idées suicidaires, une intolérance à la frustration, des difficultés à gérer ses émotions, une inhibition de son agressivité, une passivité-agressivité, une tendance à interpréter négativement les paroles des autres et une faible capacité à l'élaboration et à l'introspection. Le Dr R._____ a précisé qu'une reprise dans un travail adapté à temps partiel lui semblait envisageable. Il a attesté une totale incapacité du 12 juin 2012 au 28 février 2017, une incapacité à 80 % du 1^{er} au 31 mars 2017, puis à 50 % dès le 1^{er} avril 2017, tout en ajoutant qu'une activité à 50 % dans un travail adapté avec évaluation de ses capacités au travail serait souhaitable. Comme restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, il a mentionné que l'assuré se plaignait de douleur au niveau du pied gauche, des genoux et du dos, qu'il avait des difficultés relationnelles et une tendance à s'isoler.

w) Appelé à se prononcer sur le rapport du Dr R._____, le Dr T._____, dans son avis SMR du 26 septembre 2017, a indiqué être dubitatif au vu des allégations du psychiatre traitant, alors qu'il y avait eu un séjour à la Centre B._____ qui ne retenait aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, dans un contexte de faible participation aux thérapies et d'exagération des symptômes.

x) Par décision du 15 novembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet de décision du 22 février 2017, au motif qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (marche prolongée et sur des échelles ou des escaliers, accroupissements, marche sur terrain irrégulier et port de charges lourdes). Il a pris position sur les objections de l'assuré dans un courrier séparé du même jour, dans lequel il a estimé que les conclusions antérieures concernant l'aspect psychiatrique étaient toujours valables et qu'il n'y avait pas lieu de mettre

en œuvre une expertise psychiatrique, la situation étant claire sur ce point. Une aide au placement était par contre ouverte, pour autant que l'assuré soit disposé à mettre en valeur la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

y) Un entretien de placement a eu lieu le 5 mars 2018, duquel il ressort que l'assuré se plaignait beaucoup de son état physique et psychique et qu'il était très en colère contre la CNA. Selon lui, c'était la faute de cette assurance si son état psychique s'était dégradé ces derniers temps.

Par courrier du 15 juin 2018, l'assuré a été informé que son dossier était fermé dans le cadre de l'aide au placement, dès lors qu'il n'avait pas pu être convenablement réintégré sur le marché du travail.

B. a) Le 16 août 2021, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, en indiquant être en incapacité de travail totale depuis le 16 juin 2012, en raison d'une atteinte physique et psychique. A sa demande étaient notamment joints un certificat du 9 juillet 2021 de la Dre S._____, médecin praticienne, selon lequel l'assuré était dans l'incapacité d'accomplir des tests de langue pour des raisons de santé, ainsi qu'un certificat du 16 juin 2021 du Dr A._____, attestant une incapacité de travail totale du 11 juin au 10 septembre 2021.

b) Par courrier du 19 août 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa demande de révision comme une nouvelle demande et qu'il lui appartenait dès lors d'établir de façon plausible, dans un délai de 30 jours, que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

c) Par rapport du 7 octobre 2021, le Dr L._____ a posé les diagnostics de douleurs persistantes du pied gauche dans le cadre d'un status après entorse de la cheville gauche et fracture-arrachement naviculaire du pied gauche (2012) et troubles dégénératifs talo-

naviculaires, de syndrome fémoropatellaire droit et de lombo-pygalgies chroniques, avec déconditionnement physique et troubles statiques. Le Dr L._____ a indiqué que l'assuré présentait, depuis plusieurs années, des douleurs focalisées autour de son pied et de sa cheville gauches, secondaires à une entorse de la cheville, avec un arrachement de l'os naviculaire. Par la suite, il aurait développé des troubles dégénératifs au niveau talo-naviculaire engendrant un changement de la démarche, avec apparition de gonalgies et de lombalgies. Il a précisé être confronté à un syndrome douloureux chronique, où les plaintes dépassaient les lésions organiques, certainement lié à la situation globale avec la non-reconnaissance de sa situation. Le bilan radiologique semblait être plutôt rassurant, même s'il montrait quelques troubles dégénératifs pouvant participer au tableau douloureux dans le cadre de son déconditionnement musculaire.

d) Par rapport du 14 octobre 2021 adressé à l'OAI, la Dre S._____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) et de trouble somatoforme sans précision (F45.9), depuis 2012. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le mois de juin 2021. Il est également indiqué ce qui suit [sic] :

« (...) **Situation médicale**

2.1

Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente

Le patient est d'origine [...], en suisse depuis 2007, séparé sans enfants, a effectué sa scolarité obligatoire ainsi que le cycle dans son pays d'origine puis à réussi à intégrer une école de stylisme et modélisme à [...] au [...] et à obtenu sur deux années d'études, son diplôme. Depuis, il a travaillé dans la vente au [...] et en Suisse (confection, tapis, alimentation). Connu pour des antécédents de maladie psychiatrique chronique et invalidante depuis 2012 et au bénéfice d'un suivi psychiatrique dans le privé. Il a demandé un suivi psychiatrique chez moi en raison de la dégradation de son état de santé psychique et le sentiment selon ses dires de ne pas être compris et soutenu par son ancien médecin psychiatre. Durant le suivi, il présentait des angoisses, des attaques de paniques, des ruminations, des troubles de la perception, un trouble du maintien du sommeil chronique, des cauchemars ainsi que des douleurs chroniques au niveau de sa cheville gauche. En juin 2012, Il est victime d'un accident sur son lieu de travail (le pied gauche coincé

par deux transpalette). Sa cheville gauche a été doublement fracturée et les ligaments déchirés. Il a été en arrêt accident durant 6 mois avec un suivi par la SUVA. Il était un employé dans l'entreprise E. _____ qui a déposé durant cette période, une demande AI. Le patient a repris son activité à 50 % durant deux mois puis licencié en décembre 2013 . En incapacité de travail à 100% depuis 2014, il se retrouve depuis au social suite à un échec aux mesures d'aide au placement accordé, le 22 février 2017 par l'AI.

2.2

Situation et symptômes médicaux actuels

Angoisses, attaque de panique, troubles des perceptions, moral bas, idées suicidaires

2.3

Médication actuelle

Seroquel 25 mg/j Paroxetine 10 mg/j

2.4

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués

Patient en tenue et hygiène vestimentaire correcte, bien orienté dans les 4 modes, le discours pauvre et ralenti. J'observe un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une apathie, une humeur abaissée, un affect émoussé, une perte d'élan vital, un trouble du sommeil, un trouble de l'appétit, une perplexité, par moment confusions et indécisions, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire, des sentiments de dévalorisation, de la colère, de la culpabilité, de l'injustice, dépersonnalisation, déréalisations, troubles dissociatifs, bizarreries, méfiance, désorganisation dans les tâches administratives, des flashbacks, des reviviscences, des attitudes de sursauts à chaque bruit de machine, des attitudes d'évitement devant des endroits bruyants, des cauchemars, des douleurs chroniques au niveau du membre inférieur gauche, la présence d'écho de pensées, des idées délirantes de persécution, d'hallucinations visuelles à type d'ombre d'une personne, présence de conscience morbide partielle, présence d'idées suicidaires. (...)

Votre pronostic sur la capacité de travail du patient/de la patiente sur un taux de 100%

Le patient souffre d'une maladie psychique chronique et invalidante. Son accident de 2012 est responsable de l'apparition d'un état de stress post traumatique chronique, sur lequel s'est greffé un trouble schizo-affectif et des somatisations. Le retard du diagnostic psychiatrique, compromet depuis, la prise en charge psychiatrique et médicamenteuse. Le pronostic va en s'aggravant. L'incapacité est totale dans toute activité. (...)

3.4

Existe-t-il des limitations fonctionnelles ? Quels effets ont-elles sur l'activité que le patient a exercée jusqu'ici ?

Veuillez décrire les limitations fonctionnelles

Fatigue, irritabilité, intolérance au stress, douleurs, troubles cognitifs. »

e) Dans un avis SMR du 20 mai 2022, le Dr F. _____, médecin praticien, a estimé qu'il était nécessaire de continuer l'instruction pour connaître l'évolution, en demandant des rapports aux médecins traitants de l'assuré.

f) Par rapport du 25 mai 2022 adressé à l'OAI, le Dr L. _____ a indiqué qu'il n'avait vu le patient qu'à une seule reprise et qu'il n'avait pas évalué la capacité de travail lors de cette entrevue.

g) Le 2 août 2022, le Dr A. _____ a, dans un rapport pour l'OAI, posé les diagnostics de difficultés locomotrices depuis un traumatisme en 2012, avec des douleurs chroniques résiduelles des membres inférieurs et du dos et de syndrome anxio-dépressif réactionnel depuis 2013 sur trouble de la personnalité probable. Il a retenu des difficultés de locomotion sur douleurs persistantes, de la fatigue et un repli social comme limitations fonctionnelles. Il a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a indiqué qu'il fallait voir avec les spécialistes concernés.

h) Dans un rapport du 4 septembre 2022, le Dr N. _____ a posé les diagnostics, ayant un incident sur la capacité de travail, suivants [sic] :

« Syndrome douloureux persistant de la cheville et du médio-pied gauche, douleurs mixtes : nociceptives et neuropathiques.

- Status après fracture arrachement naviculaire avec défaut cutané et lésion des branches nerveuses superficielles des nerfs plantaires externes et des nerfs péroniers superficiels gauches, avec lésion du ligament collatéral externe de la cheville.

- Séquelles de CRPS de type II en lien avec une lésion des nerfs plantaires externes et des péroniers superficiels gauches, sans signe actuel d'algo-neuro-dystrophie.

- Enraidissement du médio-pied et de la cheville gauche et hypoextensibilité musculaire du complexe suro-achilléo-

calcanéo- plantaire asymétrique, source de contraintes ascendantes au niveau du socle lombo-pelvien, mais impactant également les genoux et la hanche droite vu l'existence de troubles dysfonctionnels et dégénératifs existants à ces niveaux.

o Restriction fonctionnelle prédominant au niveau de la hanche

droite avec tendinopathie du moyen et petit fessier.

o Gonalgies récurrentes bilatérales prédominant à droite dans un contexte souffrance fémoro-patellaire en avant-plan, et de déchirure de la face articulaire inférieure de la corne postérieure du ménisque médial et de lésion ostéocondrale de grade 3 à 4 de la facette médiane patellaire. À gauche de douleurs en regard de l'interligne articulaire interne dans un contexte de déchirure comminutive de la corne postérieure médiane du genou gauche potentiellement instable et au genou droit

• Dorso-lombalgies en lien avec :

o Des souffrances algo-dysfonctionnelles thoraco-lombaires récurrentes.

o Déconditionnement physique global :

• Incoordination abdomino-pelvienne.
• Insuffisance de stabilisation du plan musculaire profond paravertébral aussi bien cervical que lombaire.

o Dysbalances musculaires des secteurs :

• Sous-pelviens antérieurs postérieurs.

• Du complexe grand dorsal - grand rond à gauche, limitant le débattement articulaire de l'épaule gauche et sursollicitant l'axe cervico—scapulaire.

État de stress post-traumatique avec interaction entre un facteur extrinsèque (événement lésionnel neuropathique source de préjudice persistant), un facteur intrinsèque (individuel) et un contexte social (anxiogène et exigeant)

• État anxio-dépressif avec idées suicidaires, anhédonie et perte des capacités motivationnelles.

• Personnalité anxieuse évitante. Hypervigilance et état émotionnel négatif persistant.

• Troubles du sommeil avec parasomnie

• Difficultés d'intégration sociale dans la vie courante.

• Cadre conflictuel familial durant l'enfance et l'adolescence, impactant son développement.

Depuis quand 2012 »

Le Dr N._____ a attesté une capacité de travail nulle dans tous les types d'activité. Il a mentionné que les activités suivantes n'étaient pas recommandées : « les déplacements sur terrain irrégulier et limiter l'importance des déplacements dans une journée, éviter les positions à genoux ou accroupie, les sollicitations statiques anormalement longues maintenues et activités dynamiques imposant des mouvements répétitifs, des porte-à-faux, activités en rotation du bassin fixé, ainsi que les activités de charges en zone basse et en zone haute, restreindre les ports de charges à moins de 8 kg ».

i) Par rapport du 27 septembre 2022 à l'OAI, la Dre S._____ a indiqué ce qui suit [sic] :

« 1. L'état de santé du patient, est en dents de scie marqué par une exacerbation de ses angoisses, de ses perceptions, de son humeur et pensées noires. La majoration de son traitement neuroleptique Abilify à 10 mg/j ainsi que de son traitement antidépresseur, la Paroxetine à 20 mg, a permis d'éviter, une hospitalisation en milieu psychiatrique.

2. L'anamnèse de la prise en charge psychiatrique de 2012, est décrite sous cf 2.1 dans mon rapport AI du 14.10.2021. Monsieur P._____, à débuté son suivi psychiatrique auprès du Dr S._____, qu'en 2021 après son suivi de 2012 auprès du médecin psychiatre, le Dr R._____ qui a ignoré **le traumatisme (accident du patient au travail) et ses antécédents familiaux psychiatriques**

Frère connu pour schizophrénie paranoïde, sœur connue pour trouble dépressif récurrent, trouble de la personnalité dépendante et trouble somatoforme et au bénéfice d'une rente AI.

3. Les éléments médicaux, qui m'ont permis de retenir le trouble schizo-affectif:

-Comme décrit dans mon précédent rapport AI, cf 2.4 du 14. 10. 2022

- **Symptômes négatif:** Perte d'élan vital, peu d'émotion, discours pauvre, incapacité à du plaisir, manque d'intérêt pour les relations interpersonnelles.

- **Symptômes positif:** Discours et comportement désorganisé, hallucinations et idées délirantes de persécution, méfiance ,

- **Antécédents de maladie psychiatrique du frère du patient, hospitalisé en milieu psychiatrique à la fondation [...] en 2021 pour décompensation schizophrénique paranoïde, un**

des facteurs responsable de la décompensation psychique de Mr P._____.

4- Rythme du suivi, chaque deux semaines en dehors des périodes de crises. Dernière date de consultation, le mardi 20 septembre 2022.

5. Voir annexes: Rapports médicaux (orthopédique, radiologique..)

6-7. Déroulement d'une journée type:

Rythme ritualisé, ne fait rien de ses journées, courses et ménages avec beaucoup de difficultés, reste le plus souvent chez lui. Appauvrissement social.

8. Sentiment de persécution, sentiment de méfiance, hallucinations visuelles, fatigue, douleurs.
Opération au genou gauche, programmée au mois d'octobre 2022.

9. La capacité de travail, dans une activité adaptée est nulle depuis 2021.

10. Arrêt à 100% depuis juin 2022

Arrêt à 100% en 2012, établi par son ancien médecin psychiatre, le Dr R._____.

11. Traitement :

Paroxetine 20 mg/j: 1-0-0-0

Abilify 10 mg/j: 0-0-0-1

Patient, présente une compliance thérapeutique. »

A cette pièce était annexé un rapport du 8 septembre 2022 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il était indiqué qu'il existait une déchirure nette de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que du segment moyen du genou gauche et qu'une intervention chirurgicale était proposée. Pour le genou droit, si l'IRM [imagerie par résonance magnétique] retrouvait une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, relativement modérée, et une lésion ostéocondrale évidente, aucune indication de traitement chirurgical n'était posée. Était encore annexé un rapport du 20 décembre 2021 relatif à une IRM des genoux gauche et droit et à une radiographie des mains, concluant à une déchirure comminutive de la corne postérieure de la corne moyenne du ménisque médial du genou gauche et à une déchirure méniscale interne ostéocondrale fémoro-patellaire médiale du genou droit. La radiographie des mains ne mettait pas en évidence de lésion traumatique osseuse, ni

de lésion articulaire, sans calcification visible et sans explication quant à la symptomatologie présentée par l'assuré. Il y avait également un bilan du 7 juillet 2019 des Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, respectivement chef de clinique et cheffe de clinique adjointe du Centre universitaire [...], indiquant, comme limitations fonctionnelles, des difficultés dans les relations interpersonnelles, une tendance au repli social, une hypersensibilité au stress, une instabilité au niveau de l'humeur, des difficultés à gérer les émotions et à la concentration, une faible capacité d'adaptation et d'endurance et des douleurs du pied gauche. Des adaptations devaient être mises en place pour permettre à l'assuré de s'engager dans une activité professionnelle ou une démarche d'insertion, à savoir une diminution des attentes de performance, un cadre flexible, des tâches simples mais valorisantes, privilégier une activité en position assise, éviter la marche en terrain irrégulier, éviter le travail en hauteur et les positions accroupies ou à genoux.

j) Faisant suite à une demande du SMR du 3 janvier 2023, le Dr J._____ a notamment transmis à l'OAI un rapport opératoire relatif à une suture du ménisque interne du genou gauche sous arthroscopie, résection plicae, ablation de corps libres cartilagineux et lissage LCA [ligament croisé antérieur] le 28 avril 2023, ainsi qu'un rapport du 16 juin 2023, selon lequel l'opération s'était déroulée sans complication immédiate et l'évolution était globalement favorable, les cicatrices étant tout à fait propres et les mobilités bonnes avec beaucoup moins de douleurs internes, uniquement occasionnelles. Le Dr J._____ a, en revanche, indiqué que l'assuré était gêné par d'autres douleurs du membre inférieur gauche, qui étaient chroniques puisqu'il avait des douleurs depuis environ trois ans. Il avait également des douleurs au niveau du mollet et de la cheville gauches. Quant au genou droit, on ne retrouvait pas, sur l'IRM du 17 avril 2023, de lésion méniscale et de colibre cartilagineux évident, mais il existait, par contre, une chondropathie de la facette rotulienne interne de grade II, qui pouvait occasionner les douleurs ressenties au niveau de la montée et de la descente des escaliers.

k) Suivant l'avis émis le 28 juillet 2023 par le Dr F. _____ du SMR, l'OAI a mandaté le Centre médical d'expertises Centre d'expertise D. _____, à [...] (ci-après : le Centre d'expertise D. _____) pour procéder à une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie. Les experts Q. _____, spécialiste en rhumatologie, et C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rencontré l'assuré les 19 et 23 octobre 2023 et ont déposé leur rapport d'expertise le 27 novembre 2023.

Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics de douleurs du genou gauche secondaires à une chondropathie après chirurgie pour atteinte du ménisque interne en avril 2023 (M17.0), de douleurs du genou droit secondaires à une atteinte du cartilage fémoro-patellaire avec une bonne concordance anatomo-clinique (M22.2), de douleurs du pied gauche secondaires à un traumatisme avec arrachement osseux secondaire à une algodystrophie en phase froide (S92.9 et M89.0) et de douleurs lombaires sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie lombaire basse (M54.5). Sur le plan psychiatrique, ils n'ont retenu aucun diagnostic.

Les limitations fonctionnelles découlant des atteintes subies par l'assuré étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charges proche du corps limité à 10 kg, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de position à genoux et accroupie, éviter les montées et descentes d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur et changement de position régulier.

Les experts ont, en outre, retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée.

l) Par avis SMR du 9 janvier 2024, le Dr F. _____ a estimé ne pas avoir de raison de s'écarter des conclusions de cette expertise qui étaient similaires à celles de la première demande, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « pas d'effort de

soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Pas de marche sur terrain irrégulier. Pas de position à genoux et accroupie. Éviter montée et descente d'escalier répétées. Pas de travail en hauteur (Échelle, escabeau, tabouret, échafaudage). Changement de position régulier. »

m) Par projet de décision du 7 février 2024, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a constaté que, si l'activité habituelle de vendeur n'était raisonnablement plus exigible de sa part, une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

n) Par courrier du 1^{er} mars 2024, l'assuré a contesté ce projet de décision. Il a souligné qu'il était confronté à des difficultés psychologiques préexistantes et que son accident avait profondément exacerbé ses problèmes. L'expérience traumatisante de devoir interrompre abruptement son activité professionnelle, puis son licenciement, avaient ébranlé sa santé mentale. Il a précisé que sa capacité de travail était fortement compromise par ses troubles psychiques et que ses douleurs physiques aggravaient son état mental, déjà fragilisé. A ce courrier étaient annexés un rapport du 7 février 2024 relatif à une IRM du rachis cervical concluant à une unco-discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7, avec rétrécissement neuroforaminal prédominant, à droite, autour de la racine C6 et, à gauche, autour de C7, ainsi qu'un rapport du 27 février 2024 concernant une infiltration péri-radriculaire C7 gauche par voie foraminale C6-C7 gauche sous contrôle scanner et mentionnant une volumineuse hernie discale sous-ligamentaire postéro-latérale C6-C7 gauche conflictuelle sur l'émergence du trajet radriculaire C7 gauche.

Dans le délai prolongé au 4 avril 2024, l'assuré a, par courrier du 1^{er} avril 2024, indiqué que le rapport du Dr A. _____ ne pouvait pas être fourni, dès lors qu'il était en cours de traitement pour des douleurs cervicales persistantes.

o) Par courriel du 8 avril 2024, la Dre S._____ a adressé à l'OAI des photos de l'état des doigts de l'assuré, ainsi qu'un rapport du 7 avril 2024 dont on extrait ce qui suit [sic] :

« **Au point 3.2 entretien approfondi sur les thèmes suivants**

Dans les aspects sentimentaux et familiaux

L'expertisé, n'a pas divorcé en 2017, il a eu une audience au tribunal pour son divorce le 29.09.2023.

L'expertisé, ne parle pas anglais comme mentionné par l'expert dans son rapport.

Dans la biographie rapporté par l'expertisé, ce dernier a exprimé son opinion selon laquelle, les parents avaient des perspectives divergentes, d'où ils ont mis fin à leurs mariage dans l'intérêt du bien-être des enfants.

Dans les aspects sociaux, son médecin traitant lui établit un certificat médical en daté du 07.03.2018 lui recommandant de pratiquer, une activité physique régulière dans un club de fitness avec option d'aquagym, mais le patient a renoncé en raison de son état psychique et physique.

Dans le déroulement d'une journée type

L'expert mentionne que le patient ne possède pas de plantes vertes. Pourquoi, doit-il posséder des plantes vertes? quel lien avec l'expertise ?

Il fait des courses 2 à 3 par semaines, des achats minimes selon ses finances et afin d'éviter de porter ses courses jusqu'au 4 ème étage car il n'y a pas d'ascenseur dans son logement.

Dans les antécédents psychiatriques personnels

A préciser, qu' il s'agit d'un manque de communication entre le Dr R._____ et l'expertisé.

L'expert mentionne dans le point 4.2, "que les plaintes de l'expertisé sont peu précises et adaptés à notre discours, les hallucinations visuelles sont peu plausibles"

Ainsi dans cette description, le patient présente tout simplement une désorganisation de la pensée et du discours, une difficulté à se concentrer ou de suivre une conversation surtout face à un setting peu sécuritaire, et devant un patient qui a une perception du monde basé sur la méfiance et l'hostilité des gens qui sont face à lui.

Concernant, les hallucinations visuelles, elles n'ont pas été décrites par l'expert, et il n'a fourni aucun élément d'évaluation clinique concret, pertinent et indispensable à sa démarche diagnostique de "**peu de plausibles**".

A savoir premièrement que ce symptôme est subjectif, non observable et souvent tenu secret par le patient et que souvent le recueil d'informations, reste compliqué y compris dans le cadre d'une expertise.

Deuxièmement, le contexte culturel de cultures africaines peut être considéré comme normal ou attribuée à des croyances traditionnelles.

Quant à la description des contacts sociaux qui est non uniforme, selon l'expert en décrivant qu'il a pu venir seul en train, alors qu'il décrit des difficultés à se rendre des les endroits peuplés, n'est pas un argument plausible car **ce voyage était une obligation** et une contrainte, et sa présence était requise selon le courrier qui lui a été envoyé, en date du 02.08.2023. L'Expertisé, devait se présenter à son expertise à 13h30, une heure où il y a peu d'affluence dans les gares. Il est ritualisé, un rituel adopté lors de ses déplacements à mon cabinet à des horaires de rendez-vous, où il y'a très peu de monde. Ce rituel est une sécurité et est son mécanisme de défense, qu'on retrouve dans toute psychose et ou trouble anxieux.

Au point 4.3 constatations lors de l'examen

Le conflit avec la réalité, existe mais l'expert ne l'a pas mis en évidence dans son status psychique car l'expertisé présente réellement des hallucinations visuelles sous forme d'une personne qui se déplace devant lui et mentionne des voix qui lui parlent, l'incitant à se faire du mal et en lui proférant des injures. Le patient, s'est adapté à **ses attitudes passives (hallucinations)**.

S'il a souvent demandé à l'expert de répéter les questions, s'il n'a pas été précis dans ses plaintes, s'est forcé à cause de sa distractibilité excessive.

Au point 4.4, l'expert trouve une tendance de l'expertisé à se positionner en tant que victime et une certaine passivité.

Dans ce cas, L'expert n'a pas mis en évidence les causes de victimisation et de la passivité de l'expertisé car il s'agit d'un processus psychique avec un expertisé qui a une faible estime en lui, et témoigne, d'une colère ruminée. Sa passivité, n'est qu'une communication indirecte et une méfiance à l'égard de l'expert.

Au point 4.6, la capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici a été déterminé par l'expert à partir d'un consensus.

Le quel?

L'expertisé, a repris son travail en mars 2013 à temps partiel. En étant à l'assurance accident, il a repris son travail à temps partiel et face à la persistance de ses douleurs chronique, son médecin traitant l'a mis en incapacité totale sur une longue période, en informant l'assurance. Cette situation, n'a fait que pérorer son état de santé psychique.

Au point 5 information éventuelles fournies par des tiers (yc. médecins traitants)

J'ai bien reçu un courrier de la part de l'expert, daté du 23.10.2023 le jour de l'expertise me demandant un rapport médical de l'expertisé (voire copie du courrier dans annexe). J'ai contacté l'AI pour l'informer de cette demande, dont elle n'avait pas connaissance afin de vérifier, si l'expert a reçu mes rapports médicaux par le biais de l'AI, car d'habitude je reçois des contacts téléphoniques des experts, me demandant surtout la situation actuelle, évolution et discussion sur les diagnostics. Je ne comprenait pas cette demande inhabituelle.

6.1 Résumé de l'évolution personnelle

L'expertisé, est suivi depuis trois ans à ma consultation, son évaluation psychiatrique a nécessité un long processus face à la complexité de sa symptomatologie.

Il est difficile, lors d'une seule rencontre avec un expert souvent **habitué à faire des appréciations de la capacité de travail qu' a faire des expertises psychiatriques** de poser un diagnostic psychiatrique et une démarche thérapeutique. L'expert, ne pose aucun diagnostic mais se détermine quant à la capacité de travail qui est pour lui à 100%, chez un expertisé connu pour des antécédents de traumatisme, suite à un accident de travail et avec des antécédents familiaux de schizophrénie et de dépression et qui présente depuis une compliance thérapeutique!

Au point 6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'expert, parle enfin d'un processus psychotique en lien avec les plaintes peu précises et incohérences de l'expertisé, mais sans constatation d'un syndrome dissociatif. Il devrait d'abord poser, un status psychique de ce processus psychotique avant de s'intéresser au syndrome dissociatif car ces deux maladies, sont bien distinctes car il s'agit d'un sous groupe même s'il existe parfois des psychoses dissociatives, c'est à dire que les symptômes à présentations psychotiques sont d'origine dissociative ou psychose hystérique pour cause des traumatismes. Ce diagnostic est erroné, et n'a fait l'objet d'aucune recherche, il est mentionné dans la CIM-10, et non dans le DSM-5 et non plus dans la CIM-11.

Au point 6.3 Diagnostics

Annexe photos du patient afin de poser un diagnostic sur la thymie du patient qui semble-t-il n'a pas retenue toute l'attention de l'expert ainsi que ses blessures aux doigts lors de l'expertise en lien avec son anxiété et qui n'a non plus retenue l'attention de l'expert et mise probablement dans autovictimisation du patient.

L'expert n'a pas apprécié le préjudice subi par le patient et l'imputabilité des troubles à l'événement causal. »

A ce rapport étaient notamment annexés un courrier du 23 octobre 2023 de l'expert C._____ adressé à la Dre S._____, un certificat du Dr A._____ du 11 octobre 2018 attestant que l'assuré pouvait, par moment, être dans l'incapacité de se déplacer et d'assister à un cours en raison de son état de santé (problèmes ostéoarticulaires et psychologiques chroniques) et un certificat du Dr A._____ du 7 mars 2018, selon lequel l'assuré devait pratiquer une activité physique régulière, raison pour laquelle une inscription dans un club de fitness, avec option aquagym, était bénéfique.

p) Par avis SMR du 3 mai 2024, le Dr F. _____ a estimé que les nouveaux éléments médicaux apportés ne modifiaient pas les limitations fonctionnelles retenues et ne modifiaient pas ses conclusions qui se basaient sur l'expertise bidisciplinaire.

q) Par décision du 11 juin 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet de décision du 7 février 2024. Par prise de position du même jour, il a exposé que les éléments radiologiques indiquaient l'absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale et de la base du crâne et que l'examen neurologique était normal. Quant au rapport de la Dre S. _____ du 7 avril 2024, les points évoqués étaient soit mineurs, soit relevaient du pouvoir d'appréciation et du regard professionnel de l'expert. Il a précisé que les conclusions du rapport d'expertise du 27 novembre 2023 étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées et qu'il y avait donc lieu de les retenir.

C. a) Par acte du 11 juillet 2024, P. _____, désormais assisté de Me David Métille, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2021 et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise sur les plans psychiatrique et rhumatologique, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une telle expertise. Il a également requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Il a remis en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 27 novembre 2023 du Centre d'expertise D. _____, dès lors que les experts avaient procédé au moyen d'une approche purement superficielle, accordant davantage d'importance à la forme du rapport qu'au fond. Selon lui, l'expert psychiatre s'était contenté d'exclure tout diagnostic à caractère psychiatrique, malgré les symptômes évidents évoquant un trouble dépressif d'une certaine intensité. Il n'avait, en outre, pas tenu compte des risques de suicide du recourant, ainsi que des signes évidents d'anxiété mis en évidence par la Dre S. _____ le 14 octobre 2021. Au niveau rhumatologique, il a fait valoir que l'expert avait passé sous silence le diagnostic de hernie discale sous-ligamentaire postéro-latérale au

niveau C6-C7 conflictuelle sur l'émergence du trajet radiculaire gauche et qu'il ne pouvait présenter une pleine capacité de travail avec un tel diagnostic.

b) Par décision du 16 juillet 2024, la juge instructrice a octroyé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 11 juillet 2024, a désigné Me David Métille en qualité de mandataire d'office et a exonéré le recourant des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que de toute franchise mensuelle.

c) Dans sa réponse du 20 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant le caractère probant de l'expertise du Centre d'expertise D._____ et l'absence d'élément permettant de la remettre en cause. Il a également précisé que le droit à la rente s'ouvrait six mois après le dépôt de la demande de prestations et non six mois avant, comme soutenu par le recourant.

d) Par réplique du 23 septembre 2024, le recourant a allégué que l'intimé ne s'était pas déterminé sur les arguments d'ordre médical qu'il avançait. Il s'étonnait de l'approche complaisante formulée à l'égard du rapport d'expertise psychiatrique qui retenait de nombreux symptômes propres à établir un état dépressif d'une intensité suffisamment grave pour qu'il existe un risque non négligeable de passage à l'acte. Il a encore relevé que l'expert psychiatre l'avait décrédibilisé en le faisant passer pour quelqu'un de démonstratif et que l'expert avait totalement relativisé les troubles psychiques de son frère se trouvant au [...] au contraire de la Dre S._____. De plus, le fait que le rapport de consultation psychiatrique ne s'étende que sur neuf pages donnait l'impression d'une approche superficielle, se limitant à des généralités sans motivation approfondie, tout comme le fait que l'expert n'avait jamais pris contact avec la Dre S._____. Ainsi, en minimisant de manière inadmissible l'importance des symptômes des plus évidents propres à un diagnostic d'état dépressif, le rapport d'évaluation psychiatrique ne pouvait se voir reconnaître la moindre valeur probante. Sur le plan rhumatologique, l'expert avait

clairement sous-estimé le degré de gravité de ses atteintes à la santé somatique.

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 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. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 16 août 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI pouvait nier une péjoration de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de rente du 15 novembre 2017.

3. a) 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 11 juin 2024 fait suite à une nouvelle (deuxième) demande de prestations déposée le 16 août 2021. La naissance du droit éventuel à une rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), soit le 1^{er} février 2022, si bien qu'on appliquera le droit en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

4. 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 invalide (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). 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 1^{er} janvier 2022), 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 la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

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).

5. a) 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré 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 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 et les références citées).

d) 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141

V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. L'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant le 16 août 2021, qu'il a instruite en demandant des rapports aux différents médecins

traitants, notamment aux Drs S._____, L._____, A._____, J._____ et N._____, et en mettant en œuvre une expertise auprès du Centre d'expertise D._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 15 novembre 2017, entrée en force et reposant sur un examen complet du droit aux prestations, et la décision litigieuse du 11 juin 2024, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Le recourant a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 avril 2013 à la suite d'un accident professionnel, ayant entraîné une entorse de la cheville gauche, avec fracture non déplacée du scaphoïde, et des lésions du ligament latéral externe péronéo-astragalien antérieur (cf. rapports des 22 mars et 5 juin 2013 du Dr W._____). Dans son avis du 12 mai 2014, le SMR avait estimé qu'un rapport précisant l'état de santé du recourant, sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles devait être demandé aux médecins traitants.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr N._____ avait mentionné, dans un rapport du 19 avril 2014, qu'une reprise du travail pouvait être envisagée dans le cadre d'une activité adaptée limitant les déplacements et les ports de charges. Le Dr Y._____ avait attesté une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée une fois la situation stabilisée (cf. rapport du 6 juin 2014). A la suite du séjour du recourant à la Centre B._____ du 16 septembre au 21 octobre 2014, les Drs Y._____ et Z._____ avaient, dans leur rapport du 30 octobre 2014, estimé que la situation médicale était stabilisée et avaient retenu les limitations fonctionnelles suivantes : marche prolongée et sur des échelles ou dans des escaliers, accroupissements, marche sur des terrains irréguliers et port de charges lourdes. De son côté, le Dr A._____ avait indiqué qu'une activité adaptée à taux partiel serait à évaluer (cf. rapport du 16 mars 2015). Dans son appréciation du 21 septembre 2016, le Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, avait considéré que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité respectant les limitations

fonctionnelles posées par les médecins de la Centre B._____. Par avis du 27 octobre 2016, le SMR avait retenu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2013. Sur cette base, l'OAI avait nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, par projet de décision du 22 février 2017, que le recourant avait contesté le 15 avril 2017. Par courrier du 15 juin 2017, il avait fait valoir qu'une instruction était nécessaire sur le plan psychiatrique au vu de son état psychologique fragile et de sa tentative de suicide. L'OAI avait alors demandé un rapport au Dr R._____, censé suivre le recourant depuis le 9 juillet 2015, qui avait attesté une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 31 août 2017). Faisant suite à un avis du SMR du 26 septembre 2017 selon lequel les affirmations, telles que formulées dans la procédure de contestation du projet de décision, n'apparaissaient ni plausibles, ni convaincantes, l'OAI a, par décision du 15 novembre 2017, confirmé son projet de décision du 22 février 2017 et rejeté la demande de prestations du recourant. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 16 août 2021, le recourant a fait valoir une atteinte tant physique que psychique, en s'appuyant sur des certificats du Dr A._____ du 16 juin 2021 et de la Dre S._____ du 9 juillet 2021. Après avoir recueilli des rapports des médecins traitants du recourant (cf. rapports des Drs L._____, S._____, A._____, N._____ et J._____ des 7 et 14 octobre 2021, 25 mai, 2 août, 4, 8 et 27 septembre 2022, 28 avril et 16 juin 2023), le SMR a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès du Centre d'expertise D._____, sur laquelle l'OAI s'est basé pour prendre sa décision du 11 juin 2024 (cf. avis SMR des 9 janvier et 3 mai 2024). Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du 27 novembre 2023, faisant valoir que les experts ont procédé au moyen d'une approche purement superficielle, accordant davantage d'importance à la forme du rapport qu'au fond.

8. a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur

probante d'un tel document (cf. consid. 5b *supra*). En effet, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations des 19 et 23 octobre 2023 et examens de laboratoire). Les experts ont confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 20 novembre 2023. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes du recourant, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps.

b) Sur le plan matériel, les experts ont évalué la capacité de travail du recourant comme nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement au-delà de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de position à genoux et accroupie, éviter les montées et descentes des escaliers, pas de travail en hauteur (échelle, escabeau, tabouret, échafaudage) et changement de position régulier. L'expert rhumatologue a précisé que la capacité de travail avait été nulle entre le 16 juin 2012 et le 1^{er} mars 2013, puis de 100 % dès cette date, hormis du 16 septembre au 21 octobre 2014 (séjour à la Centre B._____) et du 28 avril au 28 juin 2023 (arthroscopie du genou gauche) où elle était nulle.

c) aa) Sur le plan somatique, l'expert Q._____ a posé les diagnostics de douleurs du genou gauche secondaires à une chondropathie après chirurgie pour atteinte du ménisque interne en avril 2023 (M17.0), de douleurs du genou droit secondaires à une atteinte du cartilage fémoro-patellaire avec une bonne concordance anatomo-clinique (M22.2), de douleurs du pied gauche secondaires à un traumatisme avec arrachement osseux secondaire à une algodystrophie en phase froide

(S92.9 et M89.0) et de douleurs lombaires sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie lombaire basse (M54.5). Ces diagnostics sont, pour l'essentiel, relativement similaires à ceux des Drs L._____ et N._____. Le Dr L._____ a en effet posé les diagnostics de douleurs persistantes du pied gauche dans le cadre d'un status après entorse de la cheville gauche et fracture-arrachement naviculaire du pied gauche (2012) et troubles dégénératifs talo-naviculaires, de syndrome fémoropatellaire droit et de lombo-pygalgies chroniques avec déconditionnement physique et troubles statiques (cf. rapport du 7 octobre 2021). Le Dr N._____, de son côté, a notamment retenu les diagnostics de syndrome douloureux persistant de la cheville et du médio-pied gauche, douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques, avec restriction fonctionnelle prédominant au niveau de la hanche droite avec tendinopathie du moyen et petit fessier, de gonalgies récurrentes bilatérales prédominant à droite dans un contexte de souffrance fémoropatellaire en avant-plan, de déchirure de la face articulaire inférieure de la corne postérieure du ménisque médial et de lésion ostéocondrale de grade 3 à 4 de la facette médiane patellaire, ainsi que de dorso-lombalgies (cf. rapport du 4 septembre 2022).

L'expert a en outre indiqué que ces diagnostics étaient ceux figurant au dossier avec une stabilité depuis plusieurs années (cf. p. 23 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023), à l'exception de la chirurgie du ménisque du genou gauche. En effet, déjà dans le cadre de la première demande de prestations, le Dr N._____ avait mentionné l'existence de souffrances algodysfonctionnelles thoraco-lombaires (cf. rapport du 19 avril 2014) et le Dr A._____ avait mentionné une probable algoneurodystrophie réactionnelle (cf. rapport du 16 mars 2015). Quant aux Drs X._____ et M._____, ils avaient parlé de séquelles traumatiques du pied gauche et de syndrome douloureux diffus (cf. rapports des 12 juin et 13 juillet 2015).

bb) S'agissant des limitations fonctionnelles, celles retenues par l'expert Q._____ sont, pour l'essentiel, les mêmes que celles mentionnées par les Drs Y._____, Z._____, V._____, A._____.

N._____ et L._____ (cf. rapports des 6 juin, 30 octobre 2014, 21 septembre 2016, 9 février 2017, 25 mai et 4 septembre 2022). A cet égard, le Dr T._____ du SMR avait déjà indiqué, dans son avis du 12 mai 2014, les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire en position semi-assise sans activité uniquement debout, sans déplacements en terrain irrégulier, sans position accroupie ou à genoux, sans travail en hauteur, ni port de charges. On notera encore que les douleurs dont se plaint le recourant existent depuis de nombreuses années, que ce soit ses douleurs au pied gauche, aux genoux, au dos ou à la nuque (cf. note d'entretien du 16 avril 2014 et rapports des Drs W._____, A._____, V._____ et J._____ des 18 juillet 2014, 27 janvier, 16 mars, 18 mai 2015 et 21 septembre 2016). Les rapports produits dans le cadre de la demande de prestations de 2021, notamment les rapports des Drs L._____ et N._____ qui mentionnent des douleurs présentes depuis 2012, ne font aucunement état d'une aggravation de ces douleurs, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas, se limitant à faire valoir que l'expert a passé sous silence le diagnostic de hernie discale sous-ligamentaire postéro-latérale au niveau C6-C7 conflictuelle sur l'émergence du trajet radiculaire gauche, diagnostic l'empêchant de présenter une pleine capacité de travail. Si l'existence d'une hernie discale ressort bien d'un rapport relatif à une IRM du rachis cervical du 7 février 2024 et d'un rapport du 27 février 2024 concernant une infiltration péri-radicaire, ces rapports ne se prononcent pas sur l'influence de cette hernie discale sur la capacité de travail du recourant, ni sur ses limitations fonctionnelles et ne sauraient dès lors suffire à remettre en cause la capacité de travail entière dans une activité adaptée déterminée par l'expert Q._____. Par ailleurs, comme le relève le SMR dans son avis du 3 mai 2024, les éléments radiologiques cervicaux indiquent l'absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale ou de la base du crâne et concluent à une unco-discopathie dégénérative C5-C6 et C6-C7 ayant bénéficié d'une infiltration, alors que l'examen neurologique est normal, tout comme lors de l'expertise rhumatologique.

En définitive, on peut suivre l'expert rhumatologue lorsqu'il retient que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée,

hormis pour les périodes du 16 juin 2012 au 1^{er} mars 2013, du 16 septembre au 21 octobre 2014 et du 28 avril au 28 juin 2023 pendant lesquelles cette capacité de travail était nulle.

d) aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert C._____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, ni aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, ce que le recourant conteste, en faisant valoir que l'expert s'est limité à retenir un diagnostic de dysthymie, considérant que sa plainte principale relevait d'un syndrome douloureux chronique, et à une approche d'exclusion de tout autre diagnostic.

L'expert a toutefois expliqué pour quelles raisons il écartait les diagnostics retenus par la Dre S._____ dans son rapport du 14 octobre 2021. S'agissant d'un état de stress post-traumatique, il a exposé ne pas retenir ce diagnostic, dès lors que les traumatismes rapportés étaient ceux des difficultés rencontrées par la famille du recourant et ne le touchaient pas directement. Pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, il ne l'a pas retenu car il n'existait pas de douleurs chroniques accompagnées d'un sentiment de détresse et non expliquées entièrement par un processus physiologique (cf. p. 11 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023). Quant au trouble schizo-affectif, l'expert l'a éliminé étant donné qu'aucun élément psychotique ne pouvait être retenu devant les incohérences rapportées. En effet, l'expert a indiqué avoir constaté beaucoup d'incohérences, notamment des plaintes peu précises qui s'adaptaient à son discours, des hallucinations auditives peu spécifiques, des hallucinations visuelles peu plausibles, pas de troubles cognitifs majeurs, des variations dans les dires concernant les aspects sociaux, pas de rituels de vérification, ni d'obsession idéative durant l'entretien. L'expert a encore mentionné que la description d'une journée type témoignait théoriquement d'une uniformité entre les plaintes alléguées et les difficultés rencontrées dans tous les domaines de la vie, mais là encore, il semblait exister des variations dans les dires concernant les aspects sociaux. L'expert a relevé que le recourant était capable de maintenir quelques activités sociales pour expliquer ensuite qu'il n'en avait pas. Il avait pu venir seul en train, alors qu'il décrivait des difficultés

à se rendre dans les endroits peuplés (cf. p. 11 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023). Si le recourant soutient que l'expert a tenté de le décrédibiliser, on relèvera que les Drs Y._____ et Z._____ avaient noté que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour à la Centre B._____ et que la participation du recourant aux thérapies avait été considérée comme faible (cf. rapport du 30 octobre 2014). Le Dr M._____ avait, pour sa part, mentionné que les douleurs au pied gauche n'empêchaient pas le recourant d'effectuer ses six prières quotidiennes en position assise sur cette cheville dans la zone douloureuse (cf. rapport du 13 juillet 2015) et le Dr V._____ avait expliqué qu'il y avait une importante discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, qui étaient finalement très minces (cf. appréciation du 21 septembre 2019). Quant au Dr W._____, il avait précisé que le recourant, à peine remis au travail, demandait des arrêts de travail à ses différents médecins (cf. rapport du 5 juin 2013).

L'expert a également procédé à un examen détaillé des indicateurs jurisprudentiels, notamment s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison. Il a apprécié les capacités, les ressources et les difficultés du recourant et a indiqué que, concernant les indicateurs, il n'avait pas de constatation concrète d'atteinte à la santé d'un point de vue psychiatrique. Il a précisé qu'il y avait un maintien des relations sociales et familiales, que le recourant acceptait les traitements et que l'absence d'amélioration s'expliquait par une passivité. Les conséquences de l'atteinte étaient uniformes dans des activités de la vie quotidienne et le recourant était capable de faire certaines activités à certains moments, alors qu'il décrivait des atteintes psychiatriques graves (cf. p. 14 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023).

La critique du recourant n'est ainsi pas propre à remettre en cause le bien-fondé de l'appréciation de l'expert sur les diagnostics psychiatriques.

bb) Le recourant expose ensuite que l'expert n'aurait eu qu'une approche superficielle, s'étant abstenu de tenir compte des risques de suicide, ainsi que des signes évidents d'anxiété, alors qu'il présente clairement un certain nombre de symptômes typiques propres à un état dépressif (fatigue, irritabilité, intolérance au stress, douleurs, troubles cognitifs). L'expert a indiqué que la tristesse était visible, mais sans pleurs, ni ralentissement psychomoteur, qu'il y avait une fatigue et une fatigabilité légère et un sentiment d'injustice (cf. p. 10 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023). Il a également noté, dans l'anamnèse psychiatrique, que le recourant se disait un peu irritable, décrivant une oppression thoracique avec parfois des difficultés à respirer, qu'il se sentait délaissé et écarté, qu'il avait perdu confiance en lui, qu'il avait des idées suicidaires et se sentait inutile, qu'il voyait des ombres qui passaient quand il était dans le salon et comme une personne qui l'appelait et qu'il était méfiant et avait une crainte de la vision des autres (cf. p. 9 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023). L'expert a cependant exposé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas les critères censés, aux yeux du recourant, établir un trouble dépressif d'une certaine intensité. Il a ainsi expliqué ne pas constater véritablement d'éléments thymiques en rapport avec un état dépressif et que l'examen clinique ne permettait pas de retenir un ralentissement psychomoteur, même si le recourant se plaignait d'une baisse d'estime de lui-même, d'une perte d'intérêt, d'une humeur triste et d'idées suicidaires. L'expert a encore expliqué ne pas retenir d'anxiété généralisée, car il n'existait pas d'anxiété flottante et constante (cf. p. 11 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023).

Les éléments invoqués par le recourant n'ont ainsi pas été ignorés par l'expert qui les a discutés et la critique du recourant n'est dès lors pas propre à remettre en cause l'appréciation de l'expert.

cc) En réplique, le recourant se plaint également du fait que l'expert a totalement relativisé les troubles psychiques de son frère, au contraire de la Dre S._____ qui les a mentionnés comme l'un des facteurs responsable de sa décompensation psychique (cf. rapport du 27 septembre 2022). L'expert C._____ a toutefois indiqué au point 3.2 de

son expertise (cf. pp. 7 et 9 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023) que le frère du recourant était schizophrénique, sans toutefois considérer que cela avait une influence sur l'état psychique du recourant. Cet élément n'a par conséquent pas été ignoré de l'expert. A cet égard, on notera encore que la Dre S._____ n'avait pas fait mention de ce point dans son rapport du 14 octobre 2021.

dd) Ensuite, le recourant s'étonne du fait que le rapport de consultation psychiatrique ne s'étend que sur neuf pages, se limitant à des généralités, sans motivation approfondie et que l'expert n'a jamais pris contact avec la Dre S._____. On notera déjà que l'expert C._____ a essayé de prendre contact avec la psychiatre traitante, sans toutefois recevoir de réponse (cf. p. 10 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023). La psychiatre traitante a confirmé, dans son rapport du 7 avril 2024, avoir bien reçu un courrier de l'expert, daté du 23 octobre 2023, lui demandant un rapport, mais n'y avoir pas donné suite, ne comprenant pas cette demande inhabituelle. Ensuite, la longueur d'un rapport d'expertise n'est pas pertinente en soi pour juger de sa valeur probante, seul étant pertinent son contenu. En outre, l'intéressé omet que le volet psychiatrique est complété par l'évaluation consensuelle réalisée par les experts aux pages 3 à 5 du rapport, ainsi que par la synthèse du dossier en pages 25 à 38.

ee) L'analyse de l'expert C._____ n'est pas remise en cause par le rapport du 7 avril 2024 de la Dre S._____ établi à la suite de l'expertise. On constatera tout d'abord que cette dernière n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ensuite, elle n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux qui auraient été ignorés par l'expert. Elle ne fait que relever des erreurs, imprécisions et contradictions qui, selon elle, figureraient dans l'expertise, sans toutefois expliquer en quoi celles-ci auraient une influence sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Elle a notamment indiqué que le recourant n'avait pas divorcé en 2017, mais en 2023, qu'il ne parlait pas anglais, qu'il avait exprimé une opinion s'agissant du divorce de ses parents et que son médecin traitant lui avait recommandé de pratiquer une activité physique régulière en mars

2018, mais que le recourant avait dû y renoncer en raison de son état physique et psychique. Son analyse des points 4.2 [recte : 6.2] et 4.4 de l'expertise psychiatrique ne permet pas de remettre en cause les éléments retenus par l'expert C._____, pas plus que son analyse du point 4.6 du volet consensuel de l'expertise. A cet égard, on relèvera que la Dre S._____ semble considérer qu'il n'y a pas eu de consensus. A l'instar du Dr F._____, dans son avis SMR du 3 mai 2024, il faut constater que l'ensemble des éléments évoqués par la Dre S._____ étaient déjà connus et ont été pris en compte par l'expert, notamment aux pages 11 et 12 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023. Quant au courriel adressé le 8 avril 2024 par la Dre S._____ à l'OAI avec des photos de l'état des doigts du recourant, qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert, on constatera que cet élément a été mentionné par l'expert Q._____ à la page 18 du rapport d'expertise du 27 novembre 2023.

ff) En définitive, le recourant ne cite aucun élément qui aurait été ignoré de l'expert psychiatre qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

e) Enfin, les symptômes dont se prévaut le recourant pour justifier une dégradation de son état psychique (cf. rapport du 14 octobre 2021 de la Dre S._____) ne sont pas nouveaux, l'intéressé présentant des problèmes psychiques depuis 2012 déjà, comme cela ressort de la procédure menée par l'intimé à la suite de la première demande de prestations du recourant. Ainsi, en 2013 et 2014, la séparation en cours et le licenciement du recourant ont eu des répercussions psycho-sociales sur sa santé (cf. entretien téléphonique du 4 novembre 2013 et rapport du Dr N._____ du 19 avril 2014), entraînant un état dépressif et des problèmes psychologiques (cf. rapports du Dr W._____ des 18 juillet 2014 et 18 mai 2015 et du Dr M._____ du 13 juillet 2015), avec des difficultés de concentration et de mémorisation (cf. rapport du Dr A._____ du 16 mars 2015). Si les médecins de la Centre B._____ n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique en 2014, ils ont cependant retenu que « concernant une baisse alléguée de l'humeur, en lien avec les différents

pertes, sans atteindre le seuil diagnostique d'un trouble de l'adaptation, le patient a été suivi par une psychologue-clinicienne au groupe "relaxation" avec entretiens ciblés sur les préoccupations du patient et les peurs. Des difficultés de sommeil ont finalement conduit après discussion avec le psychiatre, à une prescription de Remeron avec bon effet » (cf. rapport du 30 octobre 2014). En 2015, le Dr X. _____ notait que la thymie du recourant semblait fortement péjorée avec un patient très apathique, triste et déprimé par rapport à 2013 (cf. rapport du 12 juin 2015). Dans son appréciation du 21 septembre 2016, le Dr V. _____ a mentionné que le recourant était en proie à des idées noires, qu'il aurait fait un tentamen médicamenteux et qu'il s'était résolu à consulter un psychiatre. Dans son rapport du 31 août 2017, le Dr R. _____ a exposé que le recourant se sentait seul, incompris, sans aide et sans espoir et qu'il était angoissé, déprimé et révolté. Il présentait une thymie diminuée, de fortes angoisses, des troubles du sommeil et de l'appétit, une inquiétude par rapport à ses douleurs et à son avenir, une intolérance à la frustration, des difficultés à gérer ses émotions, une inhibition de son agressivité, une passivité-agressivité, une tendance à interpréter négativement les paroles des autres, une faible capacité à l'élaboration et à l'introspection. Il a précisé que le recourant exprimait des idées suicidaires, mais que sa religion lui interdisait le passage à l'acte, qu'il avait des difficultés relationnelles et une tendance à s'isoler. Il ressort du rapport d'[...] du 7 juillet 2019 que le recourant présentait des difficultés dans les relations interpersonnelles, une tendance au repli social, une hypersensibilité au stress, une instabilité au niveau de l'humeur, des difficultés à gérer les émotions et à la concentration, ainsi que de faible capacité d'adaptation et d'endurance. Force est de constater que les éléments mentionnés par la Dre S. _____ dans son rapport du 14 octobre 2021, censés établir une péjoration de l'état de santé du recourant, sont les mêmes que ceux cités dans les différents rapports établis entre 2012 et 2019. Or l'intimé, au terme de la procédure concernant la première demande du recourant, n'a retenu ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail en lien avec les troubles précités, ce que le recourant n'a pas contesté. Ces éléments, d'ores et déjà examinés dans la première procédure, ne sont, dès lors, pas propres

à établir une modification de la situation, nécessaire à une révision (cf. *supra* consid. 4c).

f) En définitive, il n'existe aucun changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant, en particulier aucune aggravation incapacitante de son état de santé propre à influencer négativement sa capacité de travail. Ainsi, l'OAI était légitimé à se baser sur l'expertise du 27 novembre 2023, ainsi que sur les avis SMR des 9 janvier et 3 mai 2024, pour rejeter la demande de prestations du recourant.

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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. 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. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Métille peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office.

S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 9 mai 2025, Me David Métille a chiffré à 12 heures et 40 minutes le temps

consacré au dossier du recourant. Ces opérations ne peuvent toutefois pas toutes être suivies. En effet, la liste des opérations fait mention de démarches en lien avec l'établissement de la demande d'assistance judiciaire, lesquelles ne peuvent être rémunérées. En outre, la liste fait mention de quelques démarches antérieures à la date à laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (11 juillet 2024), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure. Ensuite, si les opérations futures comptabilisées à titre indicatif en date du 22 août 2025, à hauteur de 1 heure et 15 minutes, peuvent être acceptées, les opérations postérieures ne sauraient être retenues. Les opérations admises couvrent en effet, en sus de l'examen du présent arrêt, un entretien téléphonique et un courriel à l'assuré. Les courriels subséquents ne se justifient pas, tout comme le courrier à l'OAI du 2 octobre 2025 dont l'objet est le paiement des dépens. A cet égard, il convient de retrancher 35 minutes. En outre, il y a lieu de retrancher le temps consacré à l'envoi de la liste d'opérations, par 20 minutes, le 9 mai 2025 (JdT 2017 III 59 ; CASSO AI 295/22 - 233/2023 du 28 août 2023). Partant, il convient de réduire les opérations à 8 heures 45 et d'arrêter l'indemnité de Me David Métille à 1'787 fr. 70, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3^{bis} RAJ).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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).

**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 11 juin 2024 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 mis à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de P._____, est arrêtée à 1'787 fr. 70 (mille sept cent huitante-sept francs et septante centimes), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour P._____),
- 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 :