

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 décembre 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et M. Piguet, juge suppléant
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Me Pascal de Preux, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait en qualité de monteur en ventilation pour le compte de l'entreprise P._____ SA. Le 10 septembre 2001, il a été victime d'un accident professionnel: alors qu'il travaillait sur le chantier du [...] de l'aéroport de [...], il a chuté d'une hauteur de trois mètres et a subi un traumatisme gauche avec fractures costales en série (huit côtes), un hémithorax (ayant nécessité plusieurs drainages), un hématome péri-rénal gauche et un hématome intra-capsulaire de la rate. Cet accident a fait l'objet d'une prise en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Malgré un séjour à la Clinique romande de réadaptation de Sion (du 27 février au 22 mars 2002), l'assuré a présenté des séquelles persistantes de cet accident (thoracodynies gauches et pseudarthrose de la 8^{ème} côte à gauche).

b) Le 18 juillet 2002, L._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi principalement d'une mesure de rééducation dans la même profession et subsidiairement d'une rente. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux d'usage auprès des différents médecins traitants de l'assuré et fait verser à la procédure le dossier constitué par la CNA.

Dans un rapport du 27 septembre 2002, le Dr Z._____, chef de clinique auprès du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du Centre Hospitalier Universitaire de Lausanne (CHUV) a expliqué que les examens radiologiques auxquels il avait été procédé avaient mis en évidence une pseudo-arthrose sur la partie latérale de la 8^{ème} côte gauche. Si la présence de cette lésion pouvait expliquer la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré, elle ne semblait pas expliquer l'ensemble du tableau clinique. Les bénéfices d'une intervention chirurgicale paraissant peu prévisibles, il était renoncé à tout geste

chirurgical. La symptomatologie douloureuse semblait se chroniciser et résister à tout traitement local. Sans se prononcer sur la question de la réinsertion professionnelle, le Dr Z._____ estimait extrêmement peu probable la reprise de l'ancienne activité exercée par l'assuré.

Dans un rapport du 15 octobre 2002 établi pour le compte de la CNA, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie, a indiqué que les petites pseudarthroses des 7^{ème} et 8^{ème} arcs latéraux gauches ne représentaient objectivement pas une véritable indication opératoire. Il n'était d'ailleurs pas dans les habitudes du service de chirurgie thoracique du CHUV de ne proposer une opération que «du bout des lèvres». Selon le Dr X._____, une intervention n'aiderait pas l'assuré dont la pathologie douloureuse était complexe, mais introduirait plutôt une nouvelle pathologie qui l'enfermerait encore plus dans sa situation douloureuse. Il suggérait que l'assuré soit suivi par un médecin généraliste solide, ce qui n'était pas le cas actuellement.

Dans un rapport du 27 janvier 2003 établi également pour le compte de la CNA, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, a expliqué n'avoir constaté au status aucune anomalie en dehors du déclenchement de douleurs lors de la compression thoracique. Compte tenu de ce qui avait déjà été fait auparavant, il s'était limité à une injection épidurale avec des anesthésiques locaux et corticoïdes. Alors que ce geste aurait dû bloquer, tout au moins pour une courte période, à la fois les phénomènes inflammatoires et nociceptifs, l'assuré n'avait pas été amélioré du tout, la situation s'étant même aggravée pendant deux ou trois jours. Le TENS mis à disposition pendant une semaine n'a pas été utile non plus. Finalement, un essai de traitement de Neurontin a été arrêté en raison d'une somnolence. De l'avis du Dr K._____, il n'y avait aucune proposition d'antalgie interventionnelle qui se justifiait dans la situation de l'assuré.

Dans un rapport du 5 mars 2003, le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que son examen clinique était avant tout marqué, sans qu'il ne soit possible d'objectiver grand-chose, par une autolimitation et des plaintes incessantes toujours rapportées à

l'hémithorax gauche, particulièrement au niveau de la région portant les cicatrices de drainage. Une surcharge psychogène était donc certaine. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen chez un assuré présentant des traits de personnalité de type narcissique et dépendant avait d'ailleurs été établi lors du séjour à la Clinique romande de réadaptation. D'un point de vue somatique, l'assuré ne pouvait plus travailler comme monteur en ventilation, dès lors qu'il s'agissait d'une activité assez lourde et demandant une bonne condition physique; en revanche, une pleine capacité de travail restait tout à fait exigible dans toute activité légère de type industriel, exercée à hauteur d'établi.

Interpellé par l'office AI à la demande de son Service médical régional (SMR), le Dr R._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a, dans un rapport du 25 septembre 2003, indiqué que son patient avait été adressé, pour sa comorbidité psychiatrique, à la Dresse V._____. La seule médication thymoleptique qui était supportée était le Jarsin. Le pronostic était actuellement totalement défavorable. La seule façon d'éventuellement débloquent la situation consistait à mettre en oeuvre des mesures professionnelles, lesquelles pourraient avoir un effet bénéfique sur la comorbidité psychiatrique.

Dans un rapport du 24 novembre 2003, la Dresse V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. L'assuré se plaignait essentiellement de douleurs (céphalées, douleurs dans les côtes et dorsalgies), ainsi que d'une fatigue chronique et d'un découragement en rapport avec son état physique. L'assuré présentait une certaine perte d'intérêt pour la vie, une anhédonie. L'image qu'il avait de lui était atteinte car il était assez fier de posséder force et puissance; il se sentait désormais inutile, sans rôle dans la société. Il exprimait des plaintes quant à son état physique et ne parvenait pas à accepter ni à comprendre qu'on ne puisse le soigner. La Dresse V._____ constatait une psychorigidité importante, mais pas d'anxiété. Il ne présentait par ailleurs aucun élément de la lignée psychotique. La thérapie consistait en des entretiens de soutien espacés et un traitement anti-dépressif léger

(Jarsin), l'assuré ne tolérant pas d'autres médicaments. Le pronostic semblait assez réservé en raison de la psychorigidité de l'assuré; des mesures professionnelles apparaissaient à cet égard inutiles.

Le 25 juin 2004, le SMR a procédé à un examen clinique psychiatrique sur la personne de l'assuré. Dans son rapport du 28 juin 2004, la Dresse A._____ n'a retenu aucun diagnostic du registre psychiatrique. L'examen clinique n'avait en effet pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Il n'y avait par conséquent pas lieu de retenir, d'un point de vue médico-juridique, l'existence d'une incapacité de travail.

Après avoir discuté sans succès avec l'assuré de la possibilité de mettre en oeuvre des mesures de réadaptation, l'office Al a, par décision du 25 avril 2005, décidé d'allouer à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période courant du 1^{er} septembre 2002 au 31 mai 2003. Pour les organes de l'assurance-invalidité, l'état de santé de l'assuré s'était considérablement amélioré à compter du mois de mars 2003, de sorte qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Après comparaison des revenus, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 19 %, insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité.

c) Le 20 mai 2005, L._____, désormais représenté par Me Dominique Hahn, a formé opposition contre cette décision. Estimant que l'instruction sur le plan psychiatrique était incomplète et lacunaire, il requérait la mise en oeuvre de mesures complémentaires d'instruction, sous la forme d'une expertise psychiatrique, et l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'opposition de l'assuré a été rejetée le 22 août 2006. L'office Al a jugé en substance que l'examen psychiatrique pratiqué par le SMR le

25 juin 2004 était probant et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions, ni de mettre en oeuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Les examens médicaux effectués au cours de la procédure n'avaient pas permis de mettre en évidence de pathologie somatique ou psychiatrique pouvant expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse, mais indiquaient au contraire une nette discordance entre les plaintes douloureuses et les éléments objectifs.

d) Par décision du 29 décembre 2005, confirmée sur opposition le 28 septembre 2006, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 19 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5 %.

B. **a)** L. _____ a déféré la décision sur opposition du 22 août 2006 de l'office AI devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (aujourd'hui: le Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales), en reprenant les conclusions qu'il avait formulées dans le cadre de la procédure d'opposition. En cours de procédure, l'assuré a notamment contesté la valeur probante de l'examen psychiatrique réalisé par la Dresse A. _____, motif pris que ce médecin n'avait pas le titre de psychiatre FMH et, par conséquent, ni les compétences ni les qualifications médicales lui permettant de jouer le rôle de médecin examinateur et d'expert psychiatre.

Par jugement du 16 octobre 2007, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de cet arrêt, il a retenu que la décision attaquée se fondait sur un rapport d'examen psychiatrique établi le 28 juin 2004 par la Dresse A. _____. Dans un arrêt I 65/2007 du 31 août 2007, le Tribunal fédéral avait constaté que ce médecin n'était pas titulaire du titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie dont elle se prévalait ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Les irrégularités d'ordre formel liées à la personne de la Dresse A. _____ et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du

rapport médical établi sur mandat de l'administration. Eu égard à la valeur probante affaiblie de ce rapport, l'office AI ne pouvait valablement statuer sur la capacité de travail et l'invalidité de l'assuré sur la base de ce rapport. En l'absence de toute évaluation psychiatrique sur laquelle le Tribunal pouvait se fonder, la cause n'était par conséquent pas en état d'être jugée. C'est pourquoi il convenait de renvoyer la cause à l'office AI pour qu'il mette en oeuvre une expertise psychiatrique.

b) Par jugement du 14 mars 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a, pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, admis le recours formé contre la décision sur opposition de la CNA du 28 septembre 2006, annulé dite décision et renvoyé le dossier à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision.

C. a) Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a, conformément à l'arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud, confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 mai 2008, ce médecin a procédé aux constatations suivantes:

" **Appréciation finale**

Résumé du cas

L'assuré est un ressortissant turc de 48 ans, divorcé, remarié à une compatriote. Il a trois enfants qui se portent bien. Il ne mentionne pas de problèmes dans sa famille nucléaire.

La famille d'origine est décrite comme celle de propriétaires agricoles relativement fortunés, compte tenu du contexte local.

D'après les informations que donne l'assuré, il aurait d'abord travaillé clandestinement en Suisse avant de déposer une demande d'asile. Celle-ci a finalement été refusée. L'assuré a dû rentrer en Turquie. Il est revenu à travers son mariage avec une suisse dont il a divorcé quelques années plus tard. Il a risqué d'être expulsé.

Sur le plan professionnel, cet homme a travaillé dans un parc d'attractions, dans la restauration puis dans le bâtiment. Trouvant ce dernier emploi trop lourd, il s'est tourné vers des activités d'aide monteur (chauffage, ventilation). Il est finalement resté stable dans la même entreprise pendant plus de dix ans, soit jusqu'à l'accident en cause.

L'histoire de l'assuré est émaillée de quelques incidents. Il y a des antécédents d'alcoolisme grave. Il y a eu trois retraits de permis pour alcool au volant. Il y a eu une bagarre, alors qu'il était pris de boisson. Polytraumatisé (chute dans la cage d'escaliers), l'expertisé a été hospitalisé pendant près de deux mois. On sait une deuxième bagarre où il a reçu un coup de couteau. On sait enfin qu'il a été licencié pour s'être fait surprendre à deux reprises au bistrot alors qu'il devait être au travail. Ces éléments sont des arguments pour des traits de personnalité dyssociale.

Pour le reste, cet homme a arrêté de boire, il y a une dizaine d'années. Rien n'indique tant à l'examen clinique qu'au dossier qu'il y ait eu récurrence. Il semble aussi avoir été en bonne santé habituelle jusqu'aux faits qui nous préoccupent.

L'assuré a été victime d'un accident de travail (chute de trois mètres) en septembre 2001. Il y a eu les conséquences d'un traumatisme thoracique rénal et splénique. Si l'évolution immédiate a été favorable, les choses ont évolué vers un tableau clinique dominé par des douleurs. Le dossier fait arriver à la conclusion que les éléments somatiques pour les expliquer sont manifestement insuffisants.

De façon itérative, le dossier mentionne un état dépressif. Le sujet a été suivi pendant deux à trois ans par un premier médecin psychiatre. La prise en soins continue chez un autre praticien de la spécialité. Actuellement, le traitement est réduit à une consultation par mois chez le médecin traitant et le médecin psychiatre. La médication psychotrope prescrite comprend deux antidépresseurs (Remeron, Sertraline) à posologie standard et un tranquillisant (Tranxilium). Les deux antidépresseurs prescrits à l'assuré et leurs métabolites ne sont pas détectables dans le sang le 25.04.2008, alors que, questionné spécifiquement sur ces deux substances, l'assuré a certifié les avoir pris.

Appréciation diagnostique

Cette appréciation diagnostique passe en revue les entités relevant de la dépression, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un éventuel trouble de personnalité.

• Trouble dépressif

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des *troubles de l'humeur* qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs majeurs sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10 et le DSM-IV-TR ont des critères diagnostiques superposables. Pour le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif est diagnostiqué par la présence de 5 symptômes dont au moins l'un d'entre eux est un critère cardinal. Les deux critères cardinaux sont

soit une humeur dépressive (1), soit une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir (2), la plupart du temps, tous les jours et au minimum pendant 2 semaines.

Les autres signes et symptômes possibles sont au nombre de 7. Ce sont l'insomnie ou l'hypersomnie (1), l'agitation ou le ralentissement psychomoteur (2), la fatigue ou perte d'énergie (3), le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (4), l'indécision ou la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (5), des idées de mort récurrentes (6) et enfin la perte ou le gain de poids significatif (en l'absence de régime) ou la diminution ou l'augmentation de l'appétit (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère.

Dans le cas présent, on est probablement face à un épisode dépressif. C'est le questionnement, avec tout son risque d'induction des symptômes, qui apporte des critères diagnostiques. Le sujet mentionne en effet la tristesse et la perte d'intérêt la plupart du temps tous les jours et depuis plusieurs semaines. Il dit être fatigué et fatigable. Il se dit irritable. Il dit n'avoir plus d'énergie. Il mentionne des idées de mort, retenues à cause de ses enfants. Il n'y a pourtant jamais eu de véritable scénario suicidaire. L'insomnie touche toute la nuit mais elle est corrélée aux douleurs. Le sujet mentionne enfin un certain degré de baisse de l'estime de soi. Il rapporte des idées de ruine (je ne vaud plus rien) et d'insuffisance (je ne peux plus).

Les constatations objectives sont pourtant celles d'un sujet aimable, parfois jovial, vivant dans l'entretien et qui peut parfois se montrer triste et proche des larmes. Il s'agit pourtant plus d'une certaine labilité affective que d'un véritable fond dépressif.

La confrontation des plaintes et de ce qui a été observé force à parler d'épisode dépressif léger, même si l'échelle de dépression de Hamilton cote le tableau clinique au niveau inférieur de l'état actuel moyen. L'épisode dépressif est pourtant très vraisemblable. Il paraît juste de le retenir dans le libellé diagnostique.

Comme il n'est pas toujours mentionné dans les différentes évaluations, on peut admettre une récurrence. Il n'y a pas notion d'état maniaque ou hypomaniaque (élation de l'humeur). Un trouble bipolaire peut donc être exclu. Le diagnostic final est donc celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, selon la terminologie de la CIM-10.

• **Syndrome douloureux somatoforme persistant**

En 1989, la CIM-10 introduit le sous-chapitre des troubles somatoformes dans celui des "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" qui portent les codes F40 à F48. Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) y trouve sa place parmi les troubles *somatization*, *somatoforme indifférencié*, *hypochondriaque* et le *dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme*. Le chapitre mentionne encore les troubles résiduels que sont les autres *troubles*

somatoformes (F45.8) et le *trouble somatoforme sans précision* (F45.9).

Dans ses critères diagnostiques pour la recherche, la CIM-10 propose les étapes diagnostiques A et B figurant au Tableau 1 en page suivante.

Dans le cas présent, les plaintes de l'assuré sont indiscutablement des douleurs. Elles dominent le tableau clinique. Tout au dossier indique qu'elles sont en discordance importante avec les éléments somatiques objectifs. Tant leur intensité que leur étendue et leurs répercussions fonctionnelles dépassent ce que donnent les éléments somatiques objectifs.

Le sentiment de détresse peut être admis, même s'il paraît inconstant. Il ne semble pas avoir été présent lors de l'évaluation du 25.06.2004 par le Dr. A. _____, qui n'a dès lors logiquement pas retenu le syndrome douloureux somatoforme persistant. Il peut être retenu aujourd'hui, chez un sujet qui paraît tout de même souffrant, même si la présentation globale est plutôt rassurante.

Le trouble n'a pas été retenu par le Dr. [...] lors de son évaluation du 01.03.2002. Les douleurs étaient présentes. Beaucoup d'arguments parlaient déjà pour la discordance entre les plaintes et les éléments somatiques objectifs. Il y avait des éléments de détresse que note déjà l'épisode dépressif moyen retenu par ce confrère. On était toutefois à moins de six mois après le début des plaintes douloureuses. Conformément à ce qu'exige la CIM-10, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme devait donc être écarté.

Mme le Dr. V. _____ retient le trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques qui est l'équivalent du syndrome douloureux somatoforme persistant dans le DSM-IV-TR. Deux ans après l'accident en cause, elle retient par conséquent la même entité diagnostique que le soussigné.

On peut par conséquent conclure qu'au vu d'une certaine détresse, du fait que les plaintes douloureuses ne sont pas mieux expliquées par un trouble physique ou psychiatrique, on doit aujourd'hui admettre que ce sujet peut être décrit par l'entité diagnostique du syndrome douloureux somatoforme persistant. On est toutefois au seuil inférieur des critères diagnostiques et le trouble ne peut dès lors être que léger.

Tableau 1:

Le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10,1989)

A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.

B. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39),

d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2).

• **Trouble de personnalité**

Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique.

Le DSM-IV-TR établit les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Ceux-ci consistent essentiellement en une déviation de la norme qui se manifeste au niveau des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres. La CIM-10 en fait de même dans sa version pour la recherche.

Lorsque le clinicien a pu observer ces caractéristiques générales, il peut poursuivre sa démarche diagnostique par la recherche d'un trouble spécifique de la personnalité. Le DSM-IV-TR en retient dix qu'il classe en trois groupes (cluster) A, B et C.

Dans le cas particulier où il y a les critères généraux d'un trouble de la personnalité (et seulement dans ce cas), mais pas les caractéristiques d'un sous-groupe spécifique, on doit poser un diagnostic de trouble de la personnalité NS (non spécifié ou non spécifique). La CIM-10 autorise aussi l'entité troubles mixtes de la personnalité.

Dans le cas présent, il a été mentionné des traits de personnalité pathologique. Il s'agit d'éléments de dépendance et de traits narcissiques. Ils ont vraisemblablement été manifestes à un moment ou l'autre de l'évolution de l'assuré.

On pourrait aussi relever des traits de personnalité dyssociale pour l'impulsivité et un certain non-respect de règles sociales (bagarres, abus d'alcool, comportements au travail qui ont justifié un licenciement immédiat).

Globalement, cet homme a pourtant fait la preuve d'une assez bonne stabilité socioprofessionnelle. Il a fait face au stress d'une immigration difficile. Il n'a jamais présenté de troubles psychiatriques graves avec leur corollaire d'un suivi soutenu, de situations de crise, de passages à l'acte, voire d'hospitalisations en milieu spécialisé. Le tout parle contre les caractéristiques générales d'un trouble de personnalité stricto sensu. Même si des tests psychologiques projectifs (Rorschach, TAT) mettraient certainement en évidence une structure de type état limite ou prépsychotique, on ne peut certainement pas noter ici un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. Il n'en a d'ailleurs jamais été retenu par tous les intervenants psychiatres de ce dossier.

Appréciation assécurologique

Le syndrome douloureux somatoforme persistant procède, comme la fibromyalgie, d'une *classification syndromatologique*. L'idée qui sous-tend ce type de classifications consiste à catégoriser des ensembles de signes et symptômes qui sont délimités par une association cohérente, vérifiable et reproductible, quelle qu'en soit la cause. Il s'agit donc d'une démarche purement descriptive.

Cette démarche s'éloigne des *classifications nosologiques* du modèle biomédical *stricto sensu* où la maladie correspond à une cause, à des lésions démontrables, à une évolution et à une réponse thérapeutique qui demeurent toujours corrélées à l'état des lésions.

Ce préambule est fondamental, car il souligne le fait que certains syndromes (trouble somatoforme, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique) n'ont pas forcément valeur de maladie, au sens biomédical du terme. Ils ont en fait un seul objectif de classification pour favoriser la communication entre soignants et la recherche scientifique dans le domaine qu'ils désignent. De façon délibérée ou non, la confusion entre syndrome et maladie se pratique fréquemment, surtout dans les situations de possible compensation.

Au vu de qui précède, le soussigné considère comme tout à fait justifié qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne légitime pas une incapacité de travail en soi. Il paraît raisonnable d'exiger que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial délétère et d'une comorbidité psychiatrique manifestement sévère pour envisager la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée.

Pour statuer sur le plan asséculo-logique, il convient d'effectuer en premier une appréciation clinique de la situation. Dans le cas présent:

- On est face à un épisode dépressif dont l'état actuel est tout au plus léger, comme cela a été discuté plus haut. Le trouble est inconstant. Il a été qualifié de moyen par le Dr. [...]. Il n'a pas été constaté par Mme le Dr. V. _____, médecin psychiatre. Il n'a pas davantage été constaté par Mme le Dr. A. _____, également médecin psychiatre. Seul le médecin traitant le qualifie de sévère. On ne trouve pourtant pas dans son rapport un descriptif qui permettrait d'argumenter définitivement cette qualification.
- La recherche d'autres pathologies psychiatriques est restée vaine. Un trouble de personnalité peut être écarté, si on se réfère aux ouvrages diagnostiques de référence.
- Le réseau social est conservé. La famille est unie. L'assuré a des amis. Il maintient des liens soutenus avec sa famille d'origine.
- La présentation générale du sujet n'est pas celle d'un malade psychiatrique grave.

Finalement, l'impression globale est celle d'un trouble somatoforme qui ne peut être que léger. Ce point est déterminant, car il exprime l'appréciation globale d'un clinicien expérimenté.

Dans un tel contexte, il convient encore d'examiner un certain nombre de points particuliers. On peut d'emblée écarter une affection corporelle chronique expliquant l'évolution délétère actuelle. Les pathologies somatiques sont ici minces. Il n'y a en fait que la notion de pseudarthrose costale que les médecins

compétents considèrent comme insuffisante à expliquer le tableau clinique actuel.

Il est par contre vrai que ce sujet résiste au traitement conduit selon les règles de l'art, même s'il y a des doutes certains sur l'observance médicamenteuse. La situation semble s'être maintenant chronifiée.

L'assuré garde pourtant des ressources. Il a pu se déplacer seul de Lausanne à Sion à deux reprises, sans difficulté. Il a été capable de collaborer correctement à l'investigation psychiatrique, se montrant d'ailleurs détendu et ouvert, ce qui relativise la sévérité de l'état dépressif. L'appréciation clinique globale du soussigné parle enfin contre une affection psychiatrique grave et incapacitante *per se*. On est tout de même loin d'un tableau de dépression mélancolique, de schizophrénie ou de maladie d'Alzheimer.

Au vu de ce qui précède, il paraît justifié de ne pas retenir d'incapacité de travail dans ce cas pour ce qui relève de la spécialité du soussigné. Si l'assuré a adopté un comportement d'invalidé, les motifs en sortent vraisemblablement du champ médical tel qu'il est défini dans nos assurances sociales.

En ce moment, le soussigné n'a rien à proposer sur le plan des soins. Le traitement paraît adéquat tant en qualité qu'en quantité, compte tenu de ce qui peut être proposé dans un tel cas.

Le soussigné n'a pas de proposition à faire sur le plan professionnel.

Conclusions

En conclusion, cet assuré est un ressortissant turc de 48 ans qui donne une anamnèse qui n'est pas forcément banale. On sait l'émigration difficile, les problèmes avec l'alcool, les infractions à la LCR et les bagarres. Cet homme a pourtant pu garder une bonne stabilité socioprofessionnelle toutes ces dernières années. Il est vrai qu'il est devenu sobre, d'après les informations à disposition.

En 2001, le sujet a été victime d'un accident de travail dans le contexte de changements existentiels importants. Il quittait Zurich pour revenir dans la région lausannoise.

L'évolution a été catastrophique. Si l'assuré a bien récupéré de la phase aiguë, il a évolué vers des douleurs et des limitations fonctionnelles que les bases organiques sont insuffisantes à expliquer.

Actuellement, on peut retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant qu'on peut qualifier de peu de gravité, puisqu'on est à la limite inférieure de seuil diagnostique. Les arguments en ont été développés plus haut.

Dans un tel contexte, il n'est pas légitime de retenir une incapacité de travail significative sur le plan psychiatrique.

Le soussigné n'a pas de propositions à faire tant sur le plan thérapeutique que professionnel."

A la suite du dépôt de ce rapport, le représentant de l'assuré a, par courrier du 10 juin 2008, demandé au Dr T. _____ de lui apporter un certain nombre de précisions au sujet de l'analyse de l'échantillon sanguin prélevé dans le cadre de l'expertise et des résultats de cette analyse.

Par courrier du 23 juin 2008, le Dr T. _____ a pris position comme suit:

"Mes investigations de routine laissaient pour moi planer des doutes quant à la qualité de l'observance médicamenteuse. J'ai dès lors reconvoqué l'assuré et demandé les taux plasmatiques de sertraline (Zoloft) et de mirtazapine (Remeron).

S'il y a des traces de ces substances dans le prélèvement sanguin du 28.04.2008, les valeurs moyennes habituellement mesurées avec les doses prises par l'assuré ne correspondent pas à ce qui était attendu. On peut dès lors conclure avec une probabilité proche de 100% que l'expertisé n'a pas pris les médicaments, comme il m'a affirmé les avoir pris.

La quantité de sérum disponible correspondait aux usages pour le dosage de la sertraline. Ce médicament était en-dessous du seuil où il est considéré comme détectable.

La quantité de sérum disponible a diminué la sensibilité pour le dosage de la mirtazapine et de son métabolite, sans toutefois invalider le résultat. Les laboratoires ne communiquent pas de chiffres lorsque les résultats ne sont pas fiables. Ce médicament et son métabolite étaient en-dessous du seuil où ils sont considérés comme détectables.

Au vu de ce qui précède, il n'y a par conséquent aucun motif de répéter les examens sanguins après coup.

Lorsque j'effectue des examens de laboratoire, j'avais jusqu'ici pour règle de faire parvenir une copie des résultats au médecin traitant à travers une copie à l'assuré. C'est pour cette raison que M. L. _____ a reçu le document que vous mentionnez. Il est en effet important que son médecin psychiatre ait connaissance de ce résultat pour gérer la suite de la prise en soins, l'observance médicamenteuse étant un paramètre à prendre en considération.

Pour le solde, je vous renvoie à mon rapport d'expertise. Vous verrez que ses conclusions quant à la capacité de travail ne sont en rien fondées sur le résultat des taux plasmatiques des antidépresseurs prescrits. Mes conclusions relèvent d'un examen attentif du dossier, de mon observation clinique, des diagnostics retenus et de leurs conséquences sur la capacité de travail, en tenant compte de mon appréciation médicale et des réquisits de la jurisprudence."

Dans un avis médical du 10 juillet 2008, le SMR a estimé que l'expertise du Dr T. _____ était médicalement probante. Elle concluait à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et à un syndrome douloureux somatoforme persistant. La comorbidité psychiatrique n'était en soi pas incapacitante chez un assuré qui n'observait très certainement pas le traitement antidépresseur qui lui avait été prescrit. Par ailleurs, il était démontré qu'il n'y avait pas de perturbation psycho-sociale dans tous les domaines de l'existence ainsi que l'entend la jurisprudence. Dans ces conditions, il fallait admettre qu'il existait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

Dans un courrier du 12 juillet 2008, le Dr R. _____ a adressé une série de questions à l'intention de l'office AI:

"Pourquoi l'expert n'a-t-il pas reconvoqué le patient pour discuter avec lui de ce résultat négatif: a-t-il véritablement envisagé d'autres causes que la non observance du TTT, telles des médicaments inducteurs de métabolisme, le tabagisme, un métabolisme rapide, simple oubli d'une dose, toute chose qu'un expert ne peut ignorer. Et pourquoi affirme-t-il si péremptoirement qu'il est inutile de recourir à une prise de sang.

Pourquoi la prise de sang ne s'est-elle pas accompagnée des informations indispensables à une bonne interprétation: s'agit-il d'une légèreté coupable ou d'une présomption de culpabilité de l'accusé, pardon du patient.

Il aura fallu la sagacité de Maître Hahn pour contraindre l'expert de demander des précisions au laboratoire, avec finalement obtention d'un résultat positif au lieu de négatif, soit un virage à 180°.

L'expert s'est-il ultérieurement interrogé sur la question de traces de médicament dans le sang d'un patient qui ne prend pas, à son avis, son TTT. Sa lettre du 23 juin à Maître Hahn semble bien indiquer que sa conviction de culpabilité n'est en rien ébranlée: surprenant....

Pour l'expert, Monsieur L. _____ est donc définitivement un tricheur et un menteur puisqu'il ne prend pas son TTT et ose affirmer le contraire. Fort de cette conviction proche de 100% dit-il, l'expert ose encore affirmer n'être pas influencé pour son expertise: à mon sens c'est faire preuve d'assurance inhumaine que d'affirmer une telle hérésie.

Finalement, pourquoi l'expert a-t-il demandé une prise de sang dont le résultat, dit-il, est inutile pour l'expertise. Serait-ce alors pour discréditer des médecins traitants jugés trop naïfs et seulement désireux d'obtenir un avantage financier de l'AI.

L'ensemble de ces éléments ajoutés les uns aux autres donne le sentiment qu'on est beaucoup plus proche d'une enquête policière véreuse que d'une expertise médicale neutre d'un individu en souffrance.

Je reste et suis profondément convaincu que Monsieur L. _____ n'est pas un menteur, n'est pas un tricheur, qu'il prend ses médicaments, fort probablement avec des oublis comme tout le monde, et qu'il les prend pour la simple et bonne raison qu'il se sent mieux avec que sans TTT médicamenteux.

Je pense qu'une explication métabolique résoudra la question du pourquoi une fois on ne trouve que des traces de médicament, une autre fois des doses quantifiables: mais ce tout dernier point est une autre histoire qui n'intéresse certainement pas l'expert."

Le 31 juillet 2008, l'office AI a, par l'intermédiaire du Dr C. _____, médecin-chef adjoint du SMR, répondu aux questions du Dr R. _____ de la manière suivante:

"En préambule, il faut savoir qu'une expertise médicale doit, dans toute la mesure du possible, s'appuyer sur des faits objectifs, raison pour laquelle les dosages plasmatiques, comme tout autre moyen d'investigation paraclinique, fait partie des «outils» dont l'usage est laissé à la libre appréciation de l'expert. Le dosage des taux plasmatiques des médicaments notamment est une pratique courante en situation d'expertise et ne laisse en rien présumer d'un quelconque préjugé de l'expert à l'encontre de l'expertisé.

Concernant le résultat des dosages demandés par l'expert, il s'agit bien de mesures quantitatives et non pas seulement qualitatives («positif», «négatif»). Lorsque le laboratoire d'analyses répond: «traces», cela signifie que la molécule recherchée a été détectée en quantité inférieure au seuil de sensibilité de la méthode de dosage, donc en quantité infime. Un tel résultat démontre avec certitude un taux plasmatique très largement inférieur à la zone thérapeutique, donc inefficace, quelle qu'en soit la cause. De ce fait, l'interprétation n'est pas fondamentalement différente si la molécule est indétectable ou si elle n'est présente que sous forme de traces non dosables. Il n'y a donc pas de «virage à 180°» entre ces deux formulations, contrairement à ce que vous pensez.

J'en viens maintenant à l'aspect essentiel, c'est-à-dire au rôle de ces résultats sur les conclusions de l'expert; l'expert a retenu et argumenté les diagnostics de «trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger» et «syndrome douloureux somatoforme persistant». Pour les raisons qu'il expose de manière claire et détaillée, ces affections par elles-mêmes ne justifient aucune incapacité de travail, avec ou sans traitement efficace et indépendamment de la compliance de l'assuré. C'est pourquoi l'expert explique à juste titre dans son courrier à Me Hahn que les «conclusions (de son rapport d'expertise) concernant la capacité de travail ne sont en rien fondées sur le résultat des taux plasmatiques des antidépresseurs prescrits ». Dès lors, le débat sur les causes possibles de ces

résultats est parfaitement superflu puisque sans aucune incidence sur les conclusions de l'expertise.

Enfin l'expert n'a jamais fait la moindre allusion à une quelconque notion de «culpabilité», de «tricherie» ou de «mensonge» à propos de l'expertisé, pas plus qu'il ne sous-entend une quelconque «naïveté» chez les médecins traitants. De telles allégations interprétatives sur une base purement émotionnelle n'engagent que leur auteur, tout comme la perception de l'expertise médicale comme une «enquête policière véreuse». Elles ne nécessitent aucun commentaire de ma part."

b) Par décision du 16 décembre 2008, confirmée sur opposition le 18 mars 2009, la CNA a confirmé la teneur des ses premières décisions et alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 19 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

c) Dans un projet de décision daté du 10 juin 2009, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif que l'expertise réalisée par le Dr T. _____ n'avait pas démontré qu'il souffrait d'une atteinte à la santé à caractère invalidant.

L'assuré s'est opposé le 13 juillet 2009 à ce projet et a requis la mise en oeuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Il contestait notamment la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr T. _____, car celle-ci ne tenait pas compte de la sévérité du syndrome douloureux dont il souffrait depuis huit ans, lequel l'handicapait quotidiennement et gravement dans ses faits et gestes, et du fait que son état de santé s'était chronicisé depuis son accident. Par la même occasion, il a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire pour la procédure administrative.

Par deux décisions datées du 5 novembre 2009, l'office AI a formellement rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré et la demande d'assistance judiciaire.

D. a) Par acte du 10 décembre 2009 (cause AI 574/09), L._____, toujours représenté par Me Dominique Hahn, a déféré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la décision de l'assurance-invalidité du 5 novembre 2009 relative au droit à la rente, en formulant les conclusions suivantes:

"Le recourant L._____ conclut, avec dépens, qu'il plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal prononcer:

I. Le recours est admis.

Principalement:

II. La décision du 5 novembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.

Subsidiairement à II:

III. La décision du 5 novembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente AI ordinaire entière avec degré d'invalidité de 100%, son épouse L._____ d'une rente AI ordinaire complémentaire pour conjoint et leurs trois enfants d'une rente ordinaire pour enfant dès le 1^{er} juin 2003."

Il alléguait qu'il existait un certain nombre d'indices concrets qui mettaient en doute les conclusions des Drs G._____ (sur le plan somatique) et T._____ (sur le plan psychiatrique) sur lesquelles s'était fondé l'office AI. S'agissant plus particulièrement des conséquences invalidantes du syndrome somatoforme douloureux persistant dont il était affecté, il estimait que les critères définis par la jurisprudence pour reconnaître un caractère invalidant à une telle affection étaient remplis. Eu égard aux contradictions constatées, il se justifiait néanmoins de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

b) Dans sa réponse du 12 juillet 2011, l'office AI a conclu au rejet du recours. Il estimait que les arguments du recourant n'étaient pas susceptibles de remettre en cause la valeur probante des rapports des Drs G._____ et T._____. Compte tenu des observations rapportées par le Dr T._____, a fortiori dans un contexte de discordance entre les importantes plaintes douloureuses et le peu d'éléments objectifs constatés, les éléments en faveur d'un renversement de la présomption

selon laquelle un trouble somatoforme douloureux n'avait pas de caractère invalidant étaient clairement insuffisants.

c) Dans sa réplique du 24 octobre 2011, L._____, désormais représenté par Me Pascal de Preux, a réitéré les conclusions prises dans son recours du 10 décembre 2009, en insistant sur la nécessité de mettre en oeuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire.

d) L'office AI a dupliqué en date du 3 novembre 2011.

E. a) Par acte du 10 décembre 2009 (cause AI 580/09), L._____ a également déféré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la décision de l'assurance-invalidité du 5 novembre 2009 relative à l'assistance judiciaire en procédure administrative, en formulant les conclusions suivantes:

"Le recourant L._____ conclut, avec dépens, qu'il plaise à la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal prononcer:

I. Le recours est admis.

II. La décision du 5 novembre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 13 juillet 2008 et le conseil soussigné est désigné comme avocat d'office."

Il estimait que c'était à tort que l'office AI avait considéré qu'il maîtrisait suffisamment la langue française et que le litige, qui portait essentiellement sur l'évaluation de sa capacité de travail sur le plan psychiatrique, ne nécessitait pas l'assistance d'un avocat. Or, tant l'expertise du Dr T._____ que la décision de l'assurance invalidité utilisaient des termes et des notions de psychiatrie complexes comme le «trouble dépressif récurrent», le «syndrome douloureux somatoforme persistant» ou encore la «comorbidité psychiatrique» qu'il n'était pas à même de comprendre.

b) Dans sa réponse du 10 février 2010, l'office AI a conclu au rejet du recours. S'il n'était pas contestable — ni contesté — que le

recourant n'était pas en mesure d'agir seul dans la procédure administrative, il convenait néanmoins d'examiner si l'assistance d'un avocat était nécessaire, compte tenu des possibilités éventuelles de l'intéressé de bénéficier de l'assistance de personnes de confiance ou de spécialistes oeuvrant au sein d'institutions sociales. Or, en l'absence d'avis médical contraire et motivé se trouvant au dossier, il y avait lieu de constater que la situation de fait n'était en l'espèce pas problématique, du moins pas dans une mesure telle qu'elle eût été inaccessible à un assistant social ou toute autre personne qualifiée. De même, le cas ne présentait pas de question de droit spécifique.

c) Dans sa réplique datée du 12 octobre 2011, le recourant a maintenu la teneur de ses conclusions. Il convenait de retenir que la procédure était complexe et qu'il n'était pas à même de comprendre l'ensemble des enjeux. Les notions utilisées dans les différents rapports d'expertise étaient compliquées et il n'était pas à même de les assimiler. A cela s'ajoutait le fait que la jurisprudence attachait à la notion de troubles somatoformes douloureux une présomption qu'il ne pouvait pas connaître, de sorte qu'il se justifiait pleinement qu'un avocat puisse l'éclairer sur ce point. L'assistance d'un avocat s'avérait par ailleurs particulièrement utile, dès lors qu'une première décision de l'office AI avait été annulée; dans ces conditions, il avait d'autant plus droit à ce que son dossier soit suivi de près par un professionnel du droit jusqu'à son terme, vu les manquements de l'office AI dans la gestion du dossier. Enfin, sommairement scolarisé, il n'était pas à même de comprendre l'enchevêtrement des procédures de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents et leurs implications respectives.

F. Par arrêt du 6 janvier 2011, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition de la CNA du 18 mars 2009 (CASSO AA 61/09 - 15/11).

G. Par décision du 4 mars 2011, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a accordé à L._____, avec effet

au 10 décembre 2009, le bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération d'avances et assistance d'office) dans les causes l'opposant à l'office AI et désigné en qualité d'avocat d'office Me Dominique Hahn pour la période du 10 décembre 2009 au 23 janvier 2011 et Me Pascal de Preux à compter du 24 janvier 2011.

E n d r o i t :

1. **a)** Les recours dans les causes AI 574/09, concernant le droit à la rente, et AI 580/09, concernant l'assistance judiciaire en procédure administrative, reposent sur un même complexe de faits et opposent les mêmes parties. Il convient donc de joindre les causes et de statuer par un seul arrêt.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Les deux recours ont été déposés dans les trente jours dès la notification des décisions litigieuses (art. 95 LPA-VD) et respectent les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. L'objet du litige porte en premier lieu sur le degré d'invalidité présenté par le recourant depuis le 1^{er} juin 2003, singulièrement sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité à compter de cette date.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. 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;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA; RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er}

janvier 2003. Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même (cf. ATF 130 V 343 et 393). Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient réaliser en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire dite «de comparaison des revenus» (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 347 consid. 3.3 ss.).

c) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance- invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007, consid. 2; TFA I 554/2006 du 21 août 2006, consid. 3). En vertu de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation

des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

4. a) Aux termes de l'art. 42 LPGA, les parties à la procédure administrative en matière d'assurance sociale ont le droit d'être entendues. Ce droit comporte notamment celui de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur leur résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision rendue. L'autorité ne doit toutefois y donner suite que si les preuves dont l'administration est demandée lui paraissent pertinentes (art. 33 al. 1 PA, en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA; cf. également ATF 137 IV 33 consid. 9.2). Elle peut, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, refuser les mesures d'instruction proposées si l'état de fait déterminant lui paraît déjà suffisamment établi et que l'administration de nouveaux moyens de preuves n'apporterait pas, selon toute vraisemblance, d'élément nouveau; la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut refuser l'administration d'une preuve demandée par une partie, aux mêmes conditions (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration et, en cas de recours, le juge, ne sont pas liés par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, ils ne peuvent pas statuer sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération

les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tel le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou

de neurasthénie (TF I 70/2007 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/2007 du 9 février 2007, consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi

que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 ss. consid. 1.2).

6. A teneur des griefs formulés, le recourant s'en prend aussi bien à l'appréciation de la situation médicale sur le plan somatique qu'à l'appréciation de la situation médicale sur le plan psychiatrique.

a) Sur le plan somatique, l'office AI a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère de type industriel. Rien ne permet de remettre en cause le bien-fondé de cette appréciation. Celle-ci repose principalement sur l'évaluation effectuée par le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, d'après laquelle il n'était pas possible d'attribuer un substrat objectif à l'ensemble des plaintes alléguées par le recourant (rapport du 5 mars 2003). Or, aucune pièce médicale versée au dossier ne met en évidence l'existence d'éléments objectifs expliquant l'entier du tableau douloureux ou justifiant de retenir la présence d'une incapacité de travail de nature somatique. Le Dr K._____ n'a ainsi pas relevé d'anomalie particulière, si ce n'est le déclenchement de douleurs lors de la compression thoracique (rapport du 27 janvier 2003). L'existence de pseudarthrose des 7^{ème} et 8^{ème} côtes a certes été mentionnée au cours de la procédure. Le Dr H._____, spécialiste en chirurgie, a toutefois indiqué qu'elle n'avait pas d'incidence mécanique et ne provoquait pas de douleurs électives à son emplacement (rapport du 22 mars 2002, établi à la demande de la Clinique romande de réadaptation). De même, tant le Dr Z._____ (rapport du 27 septembre 2002), que le Dr X._____ (rapport du 15 octobre 2002) ont écarté toute indication opératoire et souligné le caractère complexe de la pathologie douloureuse, estimant par là même que la symptomatologie développée par le recourant débordait largement la simple sphère somatique. Faute par ailleurs d'éléments médicaux objectifs qui justifieraient un réexamen de la situation, il n'y a pas lieu de procéder à de nouveaux actes d'instruction, malgré le temps écoulé depuis la rédaction des derniers rapports sur le sujet.

b) Le tableau clinique présenté par le recourant est ainsi caractérisé par la présence de douleurs multiples et diffuses d'origine essentiellement psychogène ainsi que d'une symptomatologie dépressive. En pareille situation, la question à examiner est celle de savoir si le recourant souffre d'une atteinte à la santé psychique invalidante au sens de la loi ou d'un syndrome douloureux dont les effets ne pourraient plus être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

aa) A la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal des assurances, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr T._____, lequel a constaté que les problèmes psychiques présentés par le recourant n'étaient pas incompatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. Cette expertise remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 351 consid. 3a). Les conclusions de l'expertise du Dr T._____ résultent d'une analyse détaillée de la situation médicale - objective et subjective - portant sur la composante psychique des troubles allégués. L'analyse repose sur une anamnèse complète contenant notamment une description précise et exhaustive des plaintes et du quotidien ainsi que sur les observations recueillies au cours de l'examen clinique. Les diagnostics sont étayés et s'appuient lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Quant à l'appréciation finale, elle tient compte des particularités propres sur le plan assécurologique à l'appréciation de l'exigibilité médicale dans le cadre d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux persistant.

bb) Le recourant reproche au Dr T._____ d'avoir sous-estimé la gravité du trouble dépressif dont il est affecté. Or, mis à part le Dr R._____, qui a fait état, sans toutefois étayer son diagnostic, d'un état dépressif sévère (rapport du 25 septembre 2003), aucun autre avis médical ne met en évidence la présence d'un état dépressif d'une gravité susceptible de justifier, à lui seul, une incapacité de travail et, partant, une

invalidité. Le Dr W._____, psychiatre traitant, a fait mention d'un épisode dépressif moyen; il n'a toutefois fourni aucun élément clinique justifiant le diagnostic retenu (courrier du 24 août 2007). Dans l'expertise qu'il a établie, le Dr T._____ décrit pour sa part précisément les raisons pour lesquelles il estime qu'il n'est pas possible d'aller au-delà d'un diagnostic d'épisode dépressif léger. Faute d'indices contraires, il n'y a pas de raison de s'écarter de cette appréciation. Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que le recourant souffrirait d'une autre affection psychique qui serait susceptible d'influer sur la capacité de travail. Sur le vu de ce qui précède, le recourant ne souffre à l'évidence pas d'une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, serait propre, par son importance, à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail.

cc) En l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'examiner si les critères mis en évidence par la jurisprudence pour admettre à titre exceptionnel le caractère non exigible de l'effort de volonté en vue de surmonter la douleur et, partant, de la réintégration dans un processus de travail sont réalisés. Or, si l'on considère la situation dans son ensemble, il y a lieu de constater - à l'instar du Dr T._____ (p. 16) - la présence de nombreux éléments qui empêchent de conclure au caractère invalidant de la symptomatologie douloureuse et de considérer que le recourant a épuisé l'ensemble des ressources psychiques qui lui permettraient de surmonter ses douleurs. Bien que le processus maladif dure désormais depuis de nombreuses années et qu'il soit venu se greffer à la suite d'un traumatisme thoracique important, la pathologie somatique ne permet pas d'expliquer le tableau clinique actuel. On relèvera d'ailleurs que les plaintes alléguées ne sont pas corrélées avec une demande de soins particulièrement importante. Il convient en outre d'ajouter les divers éléments de discordances mis en évidence au cours des examens cliniques dont le recourant a fait l'objet (expertise T._____, p. 16: "L'assuré garde pourtant des ressources. Il a pu se déplacer seul de Lausanne à Sion à deux reprises, sans difficulté. Il a été capable de collaborer correctement à l'investigation psychiatrique, se

montrant d'ailleurs détendu et ouvert, ce qui relativise la sévérité de l'état dépressif") ainsi que les résultats peu probants des tests sanguins effectués par le Dr T._____. Enfin, le recourant ne semble pas présenter un retrait social évident et objectif. S'il n'est pas contestable qu'il a adopté un mode de vie plus replié depuis qu'il a cessé de travailler, on ne saurait parler, à la lumière du quotidien tel que décrit par le recourant (expertise T._____, p. 7), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, celui-ci conservant une existence relativement bien organisée et une vie familiale importante (en Suisse et en Turquie).

c) Compte tenu de ce qui précède, il convient de tenir pour établi que, nonobstant l'état douloureux, le recourant dispose depuis le mois de mars 2003 (date du rapport du Dr G._____) d'une pleine capacité de travail dans une activité physiquement adaptée, telle que décrite au consid. 6a ci-avant. Dans ce contexte, ni l'audition du psychiatre traitant du recourant, le Dr W._____, ni l'administration d'une expertise pluridisciplinaire n'apparaissent nécessaires à l'instruction de la cause, eu égard au caractère pleinement probant des rapports des Drs G._____ (consid. 6a ci-avant) et T._____ (consid. 6b ci-avant). A cet égard, on observera notamment que le Dr T._____ a pris soin de prendre contact avec le Dr W._____, dont il a dûment pris en considération le point de vue.

7. Hormis la contestation de sa capacité de travail, le recourant ne formule aucun grief contre la manière dont la comparaison des revenus a été effectuée. Vérifié d'office, cet aspect de la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique. Après comparaison d'un revenu d'invalidé de 53'048 fr., fondé sur des données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) correspondant aux limitations fonctionnelles du recourant, avec le revenu hypothétique sans invalidité de 65'260 fr., on obtient un taux d'invalidité de 19 %, taux qui ne donne plus droit à l'octroi d'une rente d'invalidité. C'est par conséquent à juste titre que l'office intimé a procédé à la suppression du droit à la rente du recourant avec effet au 1^{er} juin 2003 (art. 88a al. 1 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

8. L'objet du litige porte en second lieu sur le refus de l'office intimé d'allouer au recourant le droit à l'assistance juridique pour la procédure administrative à compter du 13 juillet 2008, soit pour la période postérieure à la communication du projet de décision.

9. a) Selon l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales lorsque les circonstances l'exigent. Ainsi, le droit à l'assistance judiciaire gratuite en procédure administrative ne saurait être exclu de manière générale dans le cadre de la procédure préalable au projet de décision. Toutefois, l'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités; TF 9C_105/2007 du 13 novembre 2007, consid. 1.3, 9C_668/2009 du 25 mars 2010, consid. 2). L'art. 37 al. 4 LPGA ne prévoit donc pas l'assistance judiciaire à des conditions plus larges que celles qui découlent de la garantie générale de l'art. 29 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (Bohnet/Martenet, Droit de la profession d'avocat, Berne 2009, n. 1687 p. 695).

b) Afin de pouvoir statuer sur le droit à l'assistance, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure. Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'association, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TF 8C_297/2008 du 23 septembre 2008, consid.

3.3 et 9C_105/2007 du 13 novembre 2007, consid. 1.3; TFA I 557/2004 du 29 novembre 2004, consid. 2.2., publié à la Revue de l'avocat, 2005, n. 3 p. 123). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé. Sinon, une telle nécessité n'existe que lorsque à la relative difficulté du cas s'ajoute la complexité de l'état de fait ou des questions de droit, à laquelle le requérant n'est pas apte à faire face seul (ATF 130 I 180 consid. 2.2; TF 8C_297/2008 du 23 septembre 2008, consid. 3.3).

10. Dans le cas particulier, l'affaire ne semblait présenter de prime abord aucun caractère exceptionnel au niveau de la phase d'instruction administrative après la communication du projet de décision de l'office intimé. Les questions litigieuses - à savoir essentiellement l'appréciation de la valeur probante de rapports médicaux afin de déterminer la capacité de travail - n'apparaissaient a priori pas présenter de difficultés particulières. La cause au fond portait néanmoins sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité d'une personne souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat objectif avéré. L'évaluation de l'invalidité d'une personne souffrant d'une telle symptomatologie est un sujet qui, eu égard à la jurisprudence complexe développée par le Tribunal fédéral en la matière (ATF 132 V 65, 131 V 50 et 130 V 352 et 396), peut poser des questions difficiles sur les plans médical et juridique, notamment pour une personne ne disposant pas de connaissances juridiques et n'étant probablement pas en mesure de les acquérir par ses propres moyens. Qui plus est, la procédure s'était compliquée par le renvoi par le Tribunal des assurances de la cause à l'office AI afin que celui-ci mette en oeuvre une expertise psychiatrique. Dans la mesure où le recourant avait été représenté dans le cadre de la procédure cantonale par un avocat, le fait de confier provisoirement le dossier à un tiers (personne de confiance ou spécialiste oeuvrant au sein d'une institution sociale) aurait été de nature à engendrer des désagréments pratiques guère défendables. Dans ce contexte particulier, l'assistance d'un conseiller juridique apparaissait par conséquent objectivement nécessaire, étant par ailleurs admis que la condition de l'indigence était

manifestement remplie. Il s'ensuit que la décision du 5 novembre 2009 de refus d'assistance judiciaire pour la procédure administrative doit être annulée, la requête admise et la cause renvoyée à l'office AI pour qu'il fixe le montant de l'indemnité due au mandataire du recourant pour la procédure administrative.

11. a) En définitive, le recours formé dans la cause AI 574/09, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. En revanche, le recours formé dans la cause AI 580/09 doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée, l'admission de la requête et le renvoi de la cause à l'office intimé.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause dans l'affaire AI 580/09 en agissant avec le concours de mandataires professionnels, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter, compte tenu des écritures déposées en procédure, à 1'000 fr. à la charge de l'office AI.

c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient par conséquent de prélever des frais de justice pour la procédure AI 574/09, frais qu'il y a lieu d'arrêter à 400 francs.

d) Le recourant a toutefois été mis le 4 mars 2011 au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable aux conseils juridiques désignés d'office pour la procédure, seront provisoirement supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est

en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'occurrence, Me Hahn n'a pas déposé de liste des opérations et débours. Il convient de fixer à 1'200 fr. l'indemnité à laquelle elle peut équitablement prétendre pour son activité dans la procédure AI 574/09, conformément à l'art. 3 al. 2 RAJ (Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3). Par ailleurs, Me De Preux a repris le mandat d'office de Me Hahn dès le 24 janvier 2011, mais n'a rédigé, pour tout acte de procédure, qu'une réplique de trois pages et six lettres de quelques lignes chacune. Sa liste des opérations déposée le 12 janvier 2012 et faisant état de 14 heures consacrées à la défense des intérêts du recourant dans le dossier AI 574/09 est donc nettement excessive. Une indemnité globale de 800 fr. paraît rémunérer équitablement le temps raisonnablement consacré à la cause, compte tenu du tarif horaire de 180 fr. prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ. Ces indemnités sont complétées par les dépens de 1'000 francs alloués dans la cause AI 580/09, où le recourant obtient gain de cause.

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

- I. Les causes AI 574/09 et AI 580/09 sont jointes.

- II. Le recours formé dans la cause AI 574/09 est rejeté. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud, du 5 novembre 2009, relative au droit à la rente, est confirmée.

- III.** Le recours formé dans la cause AI 580/09 est admis. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, du 5 novembre 2009, relative à l'assistance judiciaire en procédure administrative, est annulée, la requête admise et la cause renvoyée audit office pour qu'il fixe le montant de l'indemnité due au mandataire du recourant pour la procédure administrative.
- IV.** Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) et sont provisoirement supportés par l'Etat.
- V.** Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à payer à L. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- VI.** L'indemnité d'office de Me Dominique Hahn, conseil du recourant, est arrêtée à 1'200 francs (mille deux cents francs).
- VII.** L'indemnité d'office de Me Pascal de Preux, conseil du recourant, est arrêtée à 800 francs (huit cents francs).
- VIII.** 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 des conseils d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pascal de Preux (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :