

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Métral
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

Z._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Liechti,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

A. Z. _____ (ci-après: l'assuré), né le 24 février 1948, originaire du Kosovo, est au bénéfice d'un diplôme de juriste acquis dans son pays natal. Arrivé en Suisse en 1989, il a d'abord travaillé notamment comme employé auprès de [...] pendant quatre saisons de 1991 à 1994; après un complément de formation et quelques périodes de chômage, il a ensuite travaillé d'avril 2000 à mars 2003 comme traducteur et employé d'administration au Service de la population de l'Etat de Vaud (par deux contrats successifs de durée déterminée), puis comme employé spécialisé de juin à décembre 2005 (contrat de durée déterminée) au Service des automobiles et de la navigation de l'Etat de Vaud. Il a ensuite travaillé comme peintre en bâtiment pour B. _____ SA depuis le 15 février 2006.

Le 1^{er} octobre 2007, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et d'une rente.

Différents documents du dossier de l'assuré auprès de son assurance perte de gain en cas de maladie ont été produits. Il s'agit notamment des documents suivants:

- Une expertise médicale du 21 juillet 2006 du Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, qui a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombocruralgies bilatérales irritatives avec déficit sensitif et réflexe L3, en présence de déconditionnement physique global avec obésité de classe I, de discopathies lombaires étagées L3-L4, L4-L5, L5-S1, et de spondylarthrose débutante. Il a également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de diabète de type II insulino-requérant et de HTA traitée. Il a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Du point de vue familial, l'assuré est marié et père de 4 enfants et d'après ses propres déclarations, il n'avait jamais présenté d'atteinte à la santé significative en tout pas d'atteinte à la santé

justifiant des incapacités de travail. Il est cependant connu pour un diabète de type II non insulino-requérant depuis 1999, et pour des épisodes d'asthme anamnestique et enfin des douleurs rétrosternales dont il aurait souffert récemment, mais les investigations n'ont pas révélé d'éléments suggestifs d'une cardiopathie ischémique. M. Z. _____ fait état d'antécédents de lombalgies qui n'avaient toutefois pas conduit à des incapacités de travail. C'est après avoir débuté une activité d'aide-peintre en février 2006, qu'il a commencé à souffrir de lombalgies accompagnées d'irradiations douloureuses au niveau des deux cuisses antérieurement et de paresthésies. Il a consulté son médecin traitant le Dr T. _____ à Lausanne, qui a initié un arrêt de travail à 100% depuis le 13 avril 2006 et qui lui a prescrit une médication sous forme d'AINS. L'assuré a été suivi par ce confrère à raison d'une fois toutes les deux semaines et l'arrêt de travail a été poursuivi jusqu'à présent. D'après le certificat médical rempli par le Dr T. _____, daté du 14 juillet 2006, l'assuré devrait reprendre son travail à 50% le 31 juillet 2006, puis à 100% dès le 7 août 2006.

Les doléances actuelles de M. Z. _____ sont caractérisées par des lombalgies mécaniques, qui dépendent des positions statiques, des ports de charges, douleurs accompagnées d'irradiations algiques antérieures dans les deux cuisses et de paresthésies qui sont exacerbées au Valsalva. L'assuré n'a pas eu d'investigations radiologiques raison pour laquelle durant l'expertise, des clichés radiologiques lombaires ont été réalisés. Ils ont révélé des discopathies étagées au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi que de légers signes de spondylose lombaire.

L'examen clinique révèle un syndrome lombovertébral statique et cinétique dans le cadre d'une hypercyphose dorsale et d'une légère scoliose lombaire à convexité droite et d'un déconditionnement physique global avec des dysbalances musculaires lombaires, une obésité de classe I caractérisée surtout par une ptose abdominale. Le reste du status ostéo-articulaire est globalement sans particularité, en revanche l'examen clinique neurologique révèle des signes suggestifs d'une cruralgie irritative bilatérale en raison d'une manoeuvre de Lasègue inversée positive et de signes en faveur d'un déficit sensitif de topographie L3 et également d'un déficit réflexe au niveau des rotuliens. Cette hyporéflexie rotulienne pourrait également être le reflet d'une polyneuropathie diabétique, car en plus que le patient présente une certaine hypopallesthésie en chaussette à 6/8 ainsi qu'une hyporéflexie achilléenne.

Dans ces conditions, on peut donc retenir un diagnostic de lombocruralgies bilatérales d'évolution chronique irritative et déficitaire sensitive et réflexe L3 sur un fond de déconditionnement physique également favorisé par un diabète de type II non insulino-requérant, ces constatations cliniques surviennent sur des discopathies lombaires étagées et une spondylarthrose débutante modérée. Actuellement, il y a suffisamment d'éléments objectifs qui permettent de cautionner l'arrêt de travail actuel, toutefois au vu de l'évolution qui semble être favorable, fait qui est également confirmé par l'assuré, l'expert juge qu'il est tout à fait judicieux d'envisager une reprise de son activité professionnelle à 50% à partir du 31 juillet 2006. En fonction de l'évolution après cette

reprise du travail, l'assuré pourrait tenter une reprise complète (à 100%) de son activité professionnelle le 7 août 2006.

Toujours est-il, l'assuré devrait bénéficier d'une modification du traitement puisque bien que les AINS soient un traitement efficace en cas de rachialgies, ils doivent être maniés avec précaution chez un patient diabétique, et il faudrait préférer des antalgiques simples comme la paracétamol ou le tramadol et prévoir un traitement de rééducation rachidienne multidisciplinaire avec des techniques de délordose, de renforcement rachidien et de proprioception et enfin un enseignement de concepts d'ergonomie posturale chez ce patient déconditionné physiquement qui a travaillé jusqu'à présent principalement dans le domaine administratif. Enfin, l'assuré pourrait bénéficier d'une évaluation neurologique avec ENMG afin d'étayer les trouvailles de l'examen clinique neurologique (hypoesthésie dans le territoire L3 ddc, hyporéflexie et signes de cruralgies irritatives), ces constatations pathologiques pourraient être favorisées par un contexte de diabète de type II. En plus des antalgiques simples, on pourrait adjoindre un traitement neurotropique soit de Rivotril soit de Gabapantine, traitements qui peuvent parfois être utiles dans ce type de douleurs radiculaires. La pratique d'un examen d'imagerie pourrait également être justifié mais uniquement en fonction de l'évolution clinique, un tel examen n'est utile qu'en cas de sanction neurochirurgicale.

[...]

2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle?

Dans son activité d'aide peintre, où il doit faire de la manutention de bidons de peinture et faire lui-même de la peinture sur des murs et plafonds, on pourrait proposer à l'assuré qu'il reprenne à 50% son activité professionnelle le 31 juillet 2006 et qu'il puisse envisager une reprise à temps complet le 7 août 2006.

3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée à l'handicap?

Dans une activité adaptée comme un travail administratif de juriste, on peut estimer que l'assuré n'aurait pas d'incapacité de travail.

[...]

5. Votre pronostic?

Le pronostic demeure toutefois réservé à moyen terme chez un assuré déconditionné physiquement, qui présente cliniquement des signes déficitaires d'un point de vue neurologique dans le cadre de cruralgies qui surviennent chez un assuré souffrant de lombalgies chroniques en exacerbation et d'un diabète de type II. Il serait dès lors judicieux qu'il puisse oeuvrer dans une activité plus légère qu'un travail d'aide-peintre sous peine de présenter une péjoration des lombalgies et des cruralgies.

[...]".

- Un rapport du 12 juin 2007 du Dr P._____, endocrinologue et diabétologue au CHUV, qui a posé les diagnostics de syndrome métabolique - avec diabète de type 2 sous traitement oral, compliqué de déséquilibre glycémique chronique et de néphropathie diabétique, de HTA, d'hypertriglycémie et de surcharge pondérale androïde - et de talalgies chroniques d'origine multifactorielle et status après consommation d'alcool à risque fin 2006. A l'examen clinique, ce médecin a constaté notamment des hallux valgus bilatéraux connus depuis la jeunesse. Une radiographie du pied droit mettait en évidence une atteinte arthrosique des articulations distales, des calcifications de l'insertion du tendon d'Achille et un éperon calcanéen, susceptibles de contribuer à la symptomatologie douloureuse.

- Un rapport du 9 juillet 2007 du Dr T._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, qui a estimé que son patient avait une capacité de travail résiduelle, avec un absentéisme important, pour des activités manuelles et intellectuelles simples en position assise. Il présentait des troubles dégénératifs du squelette, notamment du rachis, incompatibles avec des mouvements répétitifs, ainsi qu'une obésité et un syndrome métabolique.

- Une seconde expertise médicale du 30 octobre 2007 du Dr G._____, qui a posé les diagnostics de lombocruralgies bilatérales irritatives et déficitaires sur un plan sensitif et réflexe L3 - en présence de déconditionnement physique global avec obésité de classe I, de discopathies lombaires étagées L3-L4, L4-L5, L5-S1, et de spondylarthrose débutante -, de fasciite plantaire bilatérale, de possible polyneuropathie périphérique, de diabète de type II non insulino-requérant dans le cadre d'un syndrome métabolique et de HTA traitée. Il a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"La situation clinique de M. Z._____ n'a pas évolué favorablement depuis la date de la précédente expertise à savoir le 18 juillet 2006, puisque subjectivement l'assuré signale que les douleurs se sont plutôt majorées notamment au niveau du rachis lombaire et d'autre part au niveau des membres inférieurs avec notamment l'apparition de talalgies bilatérales.

[...]

Ainsi, comme je l'avais évoqué en 2006, il y a actuellement suffisamment d'éléments cliniques objectifs somatiquement qui permettent de cautionner son arrêt de travail actuel à 100% comme aide-peintre, notamment au vu de la situation clinique qui s'est péjorée cliniquement et anamnesticquement et enfin compte tenu que les investigations qui avaient été suggérées en 2006 n'ont pas été réalisées, de même que le traitement qui avait été proposé dans mon rapport d'expertise ne lui a pas été prescrit d'après les dires de l'assuré.

[...]

2. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle?

Dans son activité d'aide-peintre, on peut actuellement cautionner une incapacité de travail complète, au vu de la situation clinique actuelle. Il semble que l'assuré n'a donc pas pu reprendre son travail comme il avait été prévu en août 2006, il aurait tenté d'après lui de travailler pendant 2 jours ce qui aurait aggravé ses douleurs, puis il n'a donc pas été capable de retravailler par la suite. On peut actuellement juger qu'il n'est plus capable de reprendre une activité d'aide-peintre compte tenu du cahier des charges inhérent à une telle activité nécessitant des positionnements statiques, des ports de charges en position de porte-à-faux, des efforts de marche prolongés sur des échelles ou des échafaudages.

3. Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée à l'handicap?

Contrairement à ce que j'avais déclaré en juillet 2006, au vu de la péjoration de l'état de santé de M. Z._____, même dans une «activité légère et adaptée» comme un travail d'administratif ou de juriste, son état actuel ne permet pas d'envisager une reprise de travail compte tenu d'une situation clinique (neurologique en particulier) qui n'est pas du tout claire, et qui n'a pas été étayée par les examens complémentaires qui avaient été préconisés en juillet 2006. Dès lors une annonce de son cas auprès de l'Assurance Invalidité me semble justifiée afin de discuter de mesures professionnelles et/ou éventuellement de l'octroi d'une rente chez un assuré de bientôt 60 ans, si son état clinique ne devait pas s'améliorer ces prochains mois!

[...]

5. Votre pronostic?

Le pronostic est réservé notamment au vu d'une péjoration de la situation clinique et des doléances de l'assuré. Aucune reprise de son activité professionnelle ne me paraît envisageable pour le moment au vu de la situation clinique qui nécessite des investigations complémentaires (voir précédemment).

6. Votre proposition de traitement?

L'assuré n'a pas bénéficié du traitement qui lui avait été préconisé il y a une année, il n'a non plus pas bénéficié des examens complémentaires, M. Z. _____ devrait absolument bénéficier de telles investigations (un consilium neurologique avec pratique d'un ENMG, une évaluation neuropsychologique, psychiatrique), enfin il devrait bénéficier de la pratique d'une IRM lombaire afin de pouvoir statuer quant à la possibilité d'un canal lombaire étroit engendrant un conflit avec les racines L3 des deux côtés compte tenu d'un déficit sensitif indiscutable en L3, puisque reproductible à 14 mois d'intervalle au status. Les investigations devraient être associées à un traitement antalgique notamment sous forme de Rivotril ou de Gabapantine ou éventuellement de Lyrica et parallèlement il devrait bénéficier d'une rééducation rachidienne intensive comme je l'avais également proposé.

[...]".

L'OAI s'est adressé au Dr T. _____, qui dans un rapport du 20 décembre 2007 a posé les diagnostics de troubles dégénératifs du rachis, de diabète de type II avec des neuropathies diabétiques et d'obésité. Il a retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 13 avril 2006, et relevé que son patient disposait d'une capacité résiduelle de travail très limitée, par exemple comme traducteur-interprète, mais en comptant avec un absentéisme important. Ce praticien s'est également prononcé sur les limitations fonctionnelles, évoquant une capacité de travail résiduelle de 50%.

L'OAI s'est également adressé au Dr P. _____, qui dans un rapport du 31 mars 2008 a posé les diagnostics de syndrome métabolique avec diabète de type 2 sous traitement oral - compliqué de déséquilibre glycémique chronique et de néphropathie diabétique -, de HTA, d'hyperglycémie, de surcharge pondérale androïde, et de talalgies chroniques d'origine multifactorielle et status après consommation d'alcool à risque fin 2006. Dans son appréciation du cas, il a notamment relevé qu'en présence d'un diabète chroniquement déséquilibré, le pronostic était défavorable; il fallait s'attendre à une diminution significative de la capacité de travail sur le plan physique, compte tenu des importantes mesures thérapeutiques. Il a aussi signalé une précarisation d'ordre psycho-social, un éthyisme assez important et a suggéré une évaluation psychiatrique.

Le 7 octobre 2008, répondant à une demande de renseignements de l'OAI, le Dr T. _____ a indiqué que depuis l'expertise du Dr G. _____, l'assuré n'avait pas bénéficié d'un conseil neurologique avec ENMG, ni d'une évaluation neuropsychologique ou psychiatrique, ni d'une IRM lombaire.

Le cas a été soumis au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un avis médical du 26 novembre 2008 du Dr R. _____, que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, dès lors que toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques n'avaient pas été entreprises. Il a suggéré que les mesures proposées par l'expert soient rapidement mises en œuvre.

Une IRM a été effectuée le 9 février 2009 au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, mettant en évidence une discarthrose pluri-étagée du rachis lombaire en L2-L3 et L3-L4, une cunéiformisation postérieure du corps vertébral L5 et une lordose lombaire d'origine vraisemblablement antalgique.

Dans un rapport du 12 mai 2009, le Dr T. _____ a estimé que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 80%, avec une reprise graduelle et en tenant compte d'un absentéisme important. Son état de santé, stationnaire depuis 4 à 5 ans, s'était péjoré discrètement vu la nature chronique de sa maladie. Son syndrome métabolique était plus difficilement contrôlable avec un déséquilibre glucidique chronique.

Dans une note manuscrite du 24 juin 2009 adressé à l'OAI, le Dr T. _____ a indiqué que l'assuré avait une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée, par exemple comme traducteur ou greffier.

Un scanner lombaire a été effectué le 12 juin 2009 à l'institut de radiologie de la clinique [...] de Lausanne, mettant en évidence ce qui suit:

"Hernie discale médiane L4-L5 vraisemblablement en conflit avec l'émergence des racines L5, dans un contexte de canal modérément étroit pluri-étagé sur arthrose postérieure et épaissement des ligaments jaunes. Discopathie modérée L3-L4 et plus discrète L2-L3".

Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 15 juin 2009, le Dr F._____, spécialiste en médecine générale et nouveau médecin traitant de l'assuré, a expliqué que suite à ce scanner, il avait été constaté que l'assuré présentait une fracture à une vertèbre depuis début 2009. Il n'y avait pas d'intervention envisagée pour le moment.

Dans un rapport du 24 août 2009, le Dr F._____ a posé les diagnostics de lombocruralgies bilatérales irritatives et non déficitaires - avec hernie discale médiane L4-L5, canal étroit pluri-étagé sur arthrose postérieure et épaissement des ligaments jaunes, et discopathies modérées L3-L4 et L2-L3 -, de talalgies bilatérales d'origine multifactorielle (fasciite plantaire ddc, enthésopathies bilatérales du tendon d'Achille, polyneuropathie périphérique probable), de syndrome métabolique avec diabète insulino-requérant - compliqué de déséquilibre glycémique chronique, de néphropathie diabétique et de polyneuropathie diabétique -, de surcharge pondérale androïde (obésité de stade II), de déconditionnement physique global et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Ce praticien a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"A l'examen de la situation de M. Z._____, on est frappé par l'état d'incurie dans lequel est demeuré le patient depuis l'expression de ses premières plaintes en avril 2006. Aucune des investigations nécessaires dans cette situation n'a été entreprise. De même, aucune attitude thérapeutique clairement définie et spécifique n'a été entreprise pour soulager M. Z._____ de ses lombalgies et talalgies. La prescription d'AINS au long cours s'est avérée un traitement inefficace et n'a pas empêché la situation de s'aggraver au fil des années. Bien que des propositions pertinentes aient été faites par le Dr G._____ à deux reprises au début de la prise en charge de M. Z._____ pour ce problème, rien n'a été entrepris durant toutes ces années pour empêcher le patient de voir sa situation se chronifier et s'aggraver progressivement. Dans ce contexte, M. Z._____ ne voit actuellement aucun espoir de guérison et présente un désespoir quant à sa situation sur le plan médical qui complique celle-ci de symptômes dépressifs. Après avoir pris longuement connaissance de cette situation complexe, j'ai proposé à M. Z._____ de réaliser un scanner lombaire en juin de

cette année. Celui-ci confirme la gravité de l'atteinte sur le plan ostéo-articulaire au niveau lombaire. Je me suis engagé auprès de lui à organiser dans le courant de 2009 des évaluations de sa situation sur le plan orthopédique, neurologique et neurochirurgical. On peut s'attendre qu'il ressorte de ces différents consiliums des attitudes thérapeutiques qui pourront apporter un modeste soulagement à M. Z._____. Par contre, compte tenu des faits cités précédemment, de l'état de désespoir actuel du patient face à sa situation somatique et de l'installation dans une chronicité de longue durée de l'ensemble de ses plaintes, je peux déjà pronostiquer à ce jour qu'il sera impossible d'assister à une rémission complète de ses plaintes et nous ne pouvons pas espérer un retour à une capacité de travail chez ce patient, quelle que soit l'activité choisie. En effet, la confiance du patient dans sa capacité à retrouver une activité professionnelle après plus de 3 ans d'incapacité pour raison médicale est actuellement effondrée.

[...]

M. Z._____ présente actuellement une incapacité de travail complète dans son activité d'aide-peintre et ce de façon continue depuis 2006 et inchangée au vu de sa situation clinique actuelle. On peut actuellement juger qu'il ne sera plus jamais capable de reprendre une activité d'aide-peintre compte tenu du cahier des charges inhérent à une telle activité nécessitant des positionnements statiques, des ports de charges en position de porte-à-faux, des efforts de marche prolongés sur des échelles ou des échafaudages. L'humeur du patient, de même que l'état de désespoir quant à sa situation médicale installée depuis plusieurs années rendent impossible à ce jour un travail dans une activité d'administration ou de traducteur comme ce fut le cas entre 1997 et 2004. Il en va de même pour une activité commerciale pour les mêmes raisons. A noter que les difficultés dans la pratique de la langue française qui ne sont pas décrites dans les deux expertises du Dr G._____ mais qui sont évidentes à ma consultation et qui ont, d'après le patient, été l'objet de difficulté alors qu'il était employé d'administration au service de la population entre 1999 et 2004 et au service des automobiles et de la navigation entre 2005 et 2006 compliquent également la reprise d'une activité de type administratif ou commercial. Pour toutes ces raisons, il apparaît aujourd'hui impensable de voir M. Z._____ reprendre une quelconque activité professionnelle et ce même à un pourcentage limité".

Dans un courrier du 25 septembre 2009 adressé à l'OAI, l'assuré a en substance fait valoir que son état de santé s'était aggravé, et qu'il était désormais suivi par le Dr F._____.

Le cas a nouvellement été soumis au SMR. Dans un rapport du 5 février 2010, se référant aux indications du Dr G._____ et du Dr F._____, le Dr R._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombocruralgies bilatérales dans le cadre d'une hernie discale L4-5 et

canal étroit avec discopathies modérées L2-4. La capacité de travail a été fixée à 0% comme aide-peintre et à 80% dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire de type administrative avec épargne du dos.

Dans un rapport du 26 mars 2010, le Dr [...], médecin chef du département de l'appareil locomoteur du CHUV, a posé les diagnostics de hallux valgus bilatéral plus symptomatique à droite avec métatarsalgies de transfert bilatérales en regard des têtes 2 et 3, et de talalgies bilatérales. Il a été mentionné que l'assuré avait bénéficié d'un traitement conservateur pour talalgies bilatérales d'origine multifactorielle et qu'il effectuait de la physiothérapie; il ne présentait pas d'amélioration ni de péjoration du point de vue symptomatique. L'assuré ne souhaitait pas de prise en charge chirurgicale concernant son hallux valgus.

Dans un rapport initial et final du 7 juillet 2010, l'OAI a indiqué que l'assuré, à la suite d'un entretien avec un collaborateur dudit office, contestait les conclusions du SMR aux termes desquelles il disposerait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. L'OAI a en outre relevé que l'assuré refusait d'entrer en matière pour un stage d'observation professionnelle, de sorte qu'une approche théorique devait être effectuée.

Dans un préavis du 12 juillet 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 31 août 2009. Il a retenu que l'assuré avait une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 13 avril 2006, qu'il ne pouvait plus travailler dans son ancienne activité d'aide-peintre mais qu'il disposait d'une capacité de travail de 80% dès mai 2009 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Se fondant ensuite sur un revenu sans invalidité de 67'292 fr. - dans l'ancienne activité d'aide-peintre - et sur un revenu d'invalidité de 41'642 fr. - dans une activité simple et répétitive exercée à 80%, avec un abattement de 15% - l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 38.11%. L'assuré n'avait donc plus droit à la rente après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé.

Dans un prononcé du 12 juillet 2010 adressé à la caisse cantonale AVS [...], l'OAI a indiqué que l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100% dès le 13 avril 2007, que la rente devait être servie jusqu'au 31 août 2009 et que l'assuré s'était entièrement conformé à son obligation de coopérer.

Le 30 juillet 2010, l'assuré a contesté ce projet de décision, en faisant valoir qu'il ne présentait pas une capacité de travail de 80% dès mai 2009. Il s'est déclaré disposé à effectuer un stage d'observation suivi d'une formation pratique en entreprise.

Par courrier du 30 septembre 2010, l'OAI a relevé que l'assuré présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée depuis mai 2009. Il a mentionné que l'assuré avait refusé d'entrer en matière pour un stage d'observation et pour une formation pratique en entreprise. Dès lors, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il allait recevoir une décision conforme au préavis du 12 juillet 2010.

Dans un rapport du 5 novembre 2010, le Dr F._____ a fait valoir que, contrairement à ce que soutient l'OAI, il n'avait pas retenu que son patient disposait d'une capacité de travail de 80%. Il a demandé la production par l'OAI des pièces médicales attestant une telle capacité de travail. Après réception d'une procuration signée par l'assuré, l'OAI a transmis à ce médecin les documents médicaux en possession dudit office.

Par décision du 6 décembre 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 31 août 2009.

B. Par acte de son mandataire du 20 janvier 2011, Z._____ a recouru contre cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter de l'échéance du délai de six mois dès le 1^{er} octobre 2007. Se prévalant de l'avis des Drs G._____, F._____ et P._____, il soutient qu'il est dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle

quelconque en raison de son état de santé très mauvais. Il ajoute que l'avis du Dr T. _____ selon lequel il disposerait d'une capacité de travail de 80% ne peut être retenu, au vu des autres pièces versées au dossier. En outre, l'assuré conteste le taux d'abattement de 15% du revenu d'invalidé retenu par l'OAI.

Par décision du 15 avril 2011, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 20 janvier 2011 et désignation d'un défenseur d'office en la personne de Me Philippe Liechti, avocat à Lausanne. Le recourant a été astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} mai 2011 au Service juridique et législatif.

Dans sa réponse du 24 mai 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En date du 21 août 2012, le juge instructeur a interpellé le Dr T. _____ pour connaître les dates des consultations de l'assuré en 2008 et 2009 ainsi que pour clarifier la teneur du rapport du 24 juin 2009.

Dans un courrier du 9 septembre 2012, le Dr T. _____ a indiqué qu'il avait suivi l'assuré entre le 28 juin 2000 et le 9 mars 2009, et qu'il l'avait examiné les 4 août, 24 septembre, 1^{er} octobre 2008 et 9 mars 2009. Il a mentionné que l'assuré était très remonté contre lui, ce dernier prétendant avoir été mal soigné par ce médecin. En outre, le Dr T. _____ a confirmé son avis selon lequel l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, par exemple comme traducteur ou greffier.

Après échange d'écritures, il a été requis par le juge instructeur en date du 2 octobre 2012 la production à titre de mesures d'instruction d'un rapport par le Dr F. _____. Les parties ont eu l'occasion de poser des questions à ce médecin.

Le 29 octobre 2012, le Dr F. _____ a relevé ce qui suit:

"1. Depuis quand suivez-vous Monsieur Z. _____ ?

Le 19.05.2009.

2. Quels étaient les motifs de la première consultation?

Monsieur Z. _____ m'a été adressé sur les conseils de son diabétologue le Docteur P. _____, diabétologue au CHUV, avec qui j'ai l'habitude de travailler depuis l'époque où j'exerçais comme chef de clinique à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne.

Sa demande était de prendre à ma charge le suivi des problèmes liés à sa santé et de constituer un dossier en vue d'un rapport à l'Office AI pour le canton de Vaud dans le contexte d'une demande en cours depuis 2007. Il y avait apparemment une rupture de confiance avec son ancien médecin le Docteur T. _____ à qui Monsieur Z. _____ disait reprocher de n'avoir pas envoyé suffisamment de documents pour que l'office AI puisse prendre une décision.

3. Quel diagnostic avez-vous posé?

3.1 Lombocruralgies bilatérales irritatives et non déficitaires multifactorielles:

- sur déconditionnement physique global et obésité de stade II selon l'OMS
- sur discopathies lombaires étagées avec en particulier hernie discale médiane L4-L5 et discopathie modérée L3-L4 et L2-L3
- sur canal étroit pluriétagé en raison d'une spondylarthrose postérieure et épaissement des ligaments jaunes.

3.2 Talalgies bilatérales d'origine multifactorielle

- sur fasciite plantaire bilatérale et affaissement de la voûte plantaire
- sur enthésopathie bilatérale calcifiante du tendon d'Achille
- sur éperons calcanéens bilatéraux
- sur polyneuropathie périphérique d'origine diabétique.

3.3. Syndrome métabolique avec:

- diabète de type II insulino requérant compliqué de:
 - déséquilibre glycémique chronique
 - néphropathie diabétique
 - polyneuropathie diabétique
- hypertension artérielle
- hypertriglycémie
- obésité de stade II selon l'OMS

3.4. Déconditionnement physique global.

3.5. Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11).

4. Un traitement a-t-il été instauré?

Avant l'instauration d'un traitement un grand nombre d'investigations complémentaires ont été nécessaires afin

d'objectiver les plaintes, d'en préciser l'origine et enfin d'évoquer d'éventuels traitements à instaurer.

Outre le suivi biologique et sanguin des paramètres en lien avec le syndrome métabolique dont le suivi a peu de lien avec l'affaire en cours, Monsieur Z. _____ a bénéficié des investigations et consultations spécialisées suivantes:

- Scanner lombaire réalisé au service de radiologie de la clinique de [...] le 12.06.2009.

- Consultations spécialisées d'orthopédie au service d'orthopédie et de traumatologie, département de l'appareil locomoteur du CHUV les 20.01.2010 et 24.03.2010 (cf rapports en annexe à la présente).

- Consultation ambulatoire de neurochirurgie au service de neurochirurgie du CHUV: consultation demandée par mes soins le 25.09.2009 (cf demande de convocation annexée au présent rapport). En date du 05.03.2010, mon dossier mentionne que Monsieur Z. _____ ne s'est pas présenté au rendez-vous.

- Consultation ambulatoire de neurologie à la policlinique de neurologie du CHUV (cf demande de convocation adressée le 30 septembre 2009 par mes soins en annexe au présent rapport). Le 05.03.2010, mon dossier mentionne que le patient n'a pas pu se présenter en raison d'une hospitalisation de sa belle-mère pour un accident vasculaire cérébral.

Ces diverses investigations n'ayant été que partiellement complétées, je me suis fié à ma propre évaluation qui me faisait penser en mon âme et conscience et compte tenu de mes connaissances qu'aucune intervention thérapeutique majeure, en particulier chirurgicale ne pouvait être offerte à Monsieur Z. _____ dans l'espoir d'une guérison complète ni même d'une amélioration significative.

5. Dans l'affirmative, quelles sont ses modalités et son évolution?

Fort de ce constat, les traitements ont consisté à la prescription de supports plantaires tel que proposés par les spécialistes orthopédistes et la prescription d'une antalgie par Dafalgan 1g 4x/j et Ecofenac CR 75mg 1-2x/j en réserve.

Sur le plan psychique, Monsieur Z. _____ bénéficie d'un soutien de suivi régulier à ma consultation ainsi que d'une prescription d'antidépresseurs. Du 02.11.2010 au 02.05.2011, Monsieur Z. _____ a bénéficié d'un traitement de Remeron 30mg 1/2cp le soir au coucher. Ce traitement a été modifié le 2 mai 2011 vu son peu d'effet sur l'épisode dépressif et l'apparition à ce moment là de plusieurs épisodes anxieux faisant suspecter des attaques de panique. Depuis lors, Monsieur Z. _____ est au bénéfice de façon continue d'un traitement de Sertraline 50mg 1cp le matin.

6. Les atteintes à la santé de Monsieur Z. _____ limitent-elles l'exercice d'une activité professionnelle?

Oui.

7. Dans l'affirmative, pour quelle(s) raison(s), depuis quand et dans quelle mesure?

En raison des lombalgies et des talalgies décrites précédemment ainsi que du déconditionnement physique global, Monsieur Z._____ est dans l'incapacité d'effectuer une activité professionnelle avec la moindre contrainte physique au moins depuis ma première consultation du 19.05.2009 et, d'après les éléments à ma disposition dans son dossier médical, probablement depuis le mois de juin 2006.

Sur le plan mental, en raison du trouble dépressif récurrent décrit ci-dessus, Monsieur Z._____ est dans l'incapacité de produire un quelconque travail administratif, de gestion ou tout autre activité professionnelle même sans contrainte physique au moins depuis le 19.05.2009 lors de ma première consultation. Cet état psychique étant peu décrit auparavant dans son dossier médical, il est difficile d'en dater le début. A noter sur ce plan que la dépression de Monsieur Z._____ se manifeste en particulier par une importante atteinte de l'estime de soi ainsi qu'une immense perte de confiance en ses propres moyens. Cette diminution de l'estime de soi empêche Monsieur Z._____ de se projeter dans l'avenir depuis plusieurs années et rend impossible l'évocation d'une future activité professionnelle ou des démarches en vue d'une telle recherche.

8. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'état de santé de Monsieur Z._____?

Mon pronostic est celui d'une atteinte stationnaire au long court ne laissant entrevoir aucune amélioration possible à court, moyen ou long terme. En particulier, j'ai la conviction qu'aucune mesure médicale n'est à même d'améliorer la condition, l'état de santé ou la capacité de travail de Monsieur Z._____.

9. Avez-vous d'autres observations à formuler?

Sans qu'il me soit possible d'en déterminer la cause, je constate que les propositions d'investigations et de traitements contenus dans les deux excellents rapports d'expertises médicales réalisées par le Docteur G._____ à la demande d' [...] assurance en date du 21.07.2006 et du 30.10.2007 n'ont jamais été mises en oeuvre ou seulement avec beaucoup de retard. Ces lacunes dans le dossier de Monsieur Z._____ ainsi que le retard pris dans l'exécution de ces mesures semblent avoir été très néfastes dans l'évolution de Monsieur Z._____, laissant s'installer le trouble dépressif récurrent, la perte de confiance et la diminution majeure de l'estime de soi. Rétrospectivement, et sans que je sois d'une quelconque façon capable d'en imputer la cause à l'une ou l'autre partie, l'absence de perspective médicale curative et la stagnation de son état durant au moins 3 ans laisse aujourd'hui Monsieur Z._____ dans la perception que la situation ne s'améliorera jamais et qu'il ne retrouvera sa capacité de travail dans aucune activité".

Dans ses déterminations du 19 novembre 2012, l'OAI a estimé opportun de compléter l'instruction par une expertise psychiatrique. Il a

produit un avis médical du SMR du 9 novembre 2012 du Dr R._____, qui a estimé que le Dr F._____ avait retenu que l'assuré était incapable de toute activité, même adaptée, en partie pour raisons psychiatrique mais sans estimer nécessaire de demander un avis spécialisé à ce sujet.

Le 6 décembre 2012, le recourant a fait valoir qu'il ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par avis du 26 décembre 2012, la Cour de céans a annoncé que le litige serait tranché par une décision sommairement motivée au sens de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). Les parties ont implicitement adhéré à cette proposition.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Dans le cas présent, le droit du recourant à une rente d'invalidité est litigieux, l'OAI lui reconnaissant ce droit uniquement pour une durée limitée du 1^{er} avril 2007 au 31 août 2009.

3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc

et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. **a)** Dans le cas présent, pour fonder sa décision du 6 décembre 2010 reconnaissant le droit de l'assuré à une rente limitée dans le temps du 1^{er} avril 2007 au 31 août 2009, l'OAI s'appuie pour l'essentiel sur le rapport du SMR du 5 février 2010 établi par le Dr R._____, qui retient une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Or, ce médecin se fonde sur une motivation succincte et insuffisamment motivée, au regard des autres rapports médicaux figurant au dossier. Il se réfère à l'avis de l'expert G._____, alors que ce spécialiste a retenu que même dans une activité adaptée (comme un travail d'administratif ou de juriste), l'état actuel de l'assuré ne permettait pas d'envisager une reprise de travail, compte tenu d'une situation non stabilisée et non étayée par les examens complémentaires préconisés en juillet 2006. Le Dr R._____ ne discute pas des examens proposés par l'expert, et pour cause, car ceux-ci n'ont été entrepris qu'à compter de la prise en charge de l'assuré par le Dr F._____, soit en juin 2009. En effet, le Dr F._____ a préconisé des investigations orthopédiques, neurologiques et neurochirurgicales, et concrètement l'assuré a bénéficié d'investigations sous forme de scanner lombaire en juin 2009 ainsi que de consultations d'orthopédie en janvier et mars 2010.

Par ailleurs, le Dr R._____ confond les Drs T._____ et F._____, en prêtant à ce dernier la paternité de la note manuscrite du 24 juin 2009 - faisant état d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée comme traducteur ou greffier - alors que ce document émane en réalité du Dr T._____. Le médecin du SMR ne prend du reste pas position entre les avis divergents des médecins ayant examiné l'assuré. A cela s'ajoute que le Dr T._____, dans son courrier du 9 septembre 2012, n'a pas expliqué, du point de vue médical et compte tenu de l'état de santé de l'assuré, les raisons pour lesquelles ce dernier disposerait d'une capacité de travail de 80%.

b) Le Dr F._____, dans son rapport du 29 octobre 2012, estime que le recourant est dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle, en raison d'un trouble dépressif récurrent. Ce médecin n'étant pas psychiatre, il n'est pas à même de se prononcer sur l'état de santé psychique de l'intéressé (ATF 131 V 49 consid. 1.2; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3), et c'est à juste titre que l'OAI, se fondant sur un rapport du SMR, a requis la mise en œuvre d'un examen psychiatrique. Le recourant a adhéré à ce complément d'instruction. Cela étant, la question de la mise en œuvre d'une telle expertise n'a pas besoin d'être examinée plus en avant, compte tenu des considérants qui suivent.

5. a) Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 3.2; TF 8C_22/2009 du 22 décembre 2009 consid. 3.2; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références citées; TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité

de travail résiduelle. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées).

Jusqu'à récemment, la jurisprudence n'avait pas fixé le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, celui-ci pouvant, selon les cas, être arrêté au moment de la naissance ou de la modification d'un éventuel droit à la rente, au moment où la capacité d'exercer une activité était attestée médicalement, à celui où une expertise était rendue, voire lors du prononcé de la décision litigieuse. Dans un arrêt du 25 octobre 2012, le Tribunal fédéral a néanmoins considéré que le moment déterminant correspondait à celui où l'on constatait que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), dès lors qu'on ne pouvait, avant cette date, exiger de l'assuré la reprise d'une activité en fonction d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dont il ne connaissait pas l'étendue. Le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si la Haute Cour n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) Dans le cas présent, sur la base des indications du Dr T. _____ (rapport du 12 mai 2009), l'OAI a retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 80% dès le mois de mai 2009. Le droit à la rente lui a été reconnu jusqu'au 31 août 2009, soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé. Le recourant a eu 61 ans le 24 février 2008, de sorte qu'il avait atteint un âge qualifié d'avancé selon la jurisprudence.

L'exercice d'une profession manuelle est manifestement exclu, tous les médecins s'accordant à dire que l'assuré ne peut plus travailler comme aide-peintre, ce que ne conteste pas l'OAI. L'assuré a certes démontré par le passé sa capacité à exercer une activité sédentaire telle qu'envisagée par l'OAI, soit ses emplois d'avril 2000 à mars 2003 auprès du Service de la population de l'Etat de Vaud et de juin 2005 à décembre 2005 auprès du Service des automobiles et de la navigation de l'Etat de Vaud. Il s'agissait cependant chaque fois de contrats de durée déterminée dépendant de conditions particulières (renfort et placement temporaire par le chômage), dont on peut penser qu'elles ne se représenteront pas. L'expérience professionnelle administrative du recourant est par ailleurs ancienne et son inactivité depuis 2006 pourrait être rédhibitoire aux yeux d'un employeur public comme privé. Le recourant n'a par ailleurs pas de formation administrative ou commerciale reconnue en Suisse, ni ne peut justifier, à titre de compensation, d'une expérience pratique de longue durée comblant cette lacune. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il n'est pas exigible de renvoyer le recourant à l'exercice d'une activité lucrative.

A cela s'ajoute que même si un complément d'instruction sous forme d'expertise psychiatrique, indispensable à la détermination de la capacité de travail, confirmait que l'état de santé psychique du recourant permettait d'exiger de lui l'exercice d'une activité lucrative, en l'occurrence au maximum de 80% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles somatiques, cette expertise serait rendue

alors que le recourant a déjà atteint l'âge d'octroi de l'AVS, soit lorsqu'une activité ne serait de toute façon plus exigible.

c) Enfin, peu importe en l'occurrence que l'OAI mette en doute la volonté de collaboration de l'intéressé en raison d'un refus de mise en place d'un stage d'observation, ce que ce dernier a contesté dans son écriture du 30 juillet 2010. Tout d'abord, il existe une contradiction au sein de l'OAI sur ce point dans la mesure où le prononcé du 12 juillet 2010 de l'OAI adressé à la caisse cantonale AVS [...] se réfère à une entière collaboration. Par ailleurs, le placement temporaire par le chômage semble plutôt indiquer que le recourant serait apte à la réadaptation. Ensuite, un éventuel manque de collaboration ne déploie pas ou peu d'influence sur l'exigibilité d'une activité puisque celle-ci est examinée sur un ensemble de critères pour l'essentiel indépendants de la motivation interne d'un assuré.

En conséquence, le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière dès avril 2007, rente dont il ne conteste pas les modalités de calcul pour le surplus.

6. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'800 fr. et de mettre à la charge de l'OAI, cette somme couvrant le montant des honoraires et des débours revenant à l'avocat d'office. Le recourant ayant été astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} mai 2011, une copie de l'arrêt exécutoire sera communiquée au Service juridique et législatif pour rétrocession des montants effectivement versés à titre de franchise.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 6 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2007.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant Z. _____ une indemnité de dépens de 1'800 fr. (mille huit cents francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Liechti, avocat à Lausanne (pour Z. _____)
- 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).

Le greffier :