

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2013

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges     :        M.    Métral, et M. Gutmann, assesseur  
Greffier     :        M.    Simon

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**L. \_\_\_\_\_**, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1958, de nationalité portugaise, a travaillé en qualité d'employé agricole à Chavornay du 1<sup>er</sup> mai 2004 au 31 janvier 2008, date à laquelle il a été licencié, puis a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage.

Le 12 septembre 2008, 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 d'invalidité, en se prévalant de problèmes aux hanches.

Le dossier de l'assuré auprès de O.\_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain en cas de maladie, a été versé au dossier de l'OAI. Y figure notamment un rapport du 13 mai 2008 du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin chef au service de chirurgie orthopédique, de traumatologie de l'appareil moteur et de chirurgie de la main, qui a posé le diagnostic de coxarthrose bilatérale depuis plusieurs mois et retenu une incapacité de travail à 100% depuis le 6 mars 2008. Ce médecin a relevé que l'assuré présentait des douleurs aux deux hanches dans le cadre d'une coxarthrose bilatérale et qu'il avait bénéficié, le 7 mars 2008, d'une arthroplastie totale de la hanche gauche. Il a été précisé que l'assuré allait être opéré le 20 mai 2008 d'une arthroplastie totale de la hanche droite.

L'OAI s'est adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, lequel, dans un rapport du 7 octobre 2008, a posé les diagnostics de coxarthrose bilatérale, de status après arthroplastie totale de la hanche gauche en mars 2008 et de status après arthroplastie totale de la hanche droite en mai 2008. Il a indiqué que l'évolution post opératoire était quelque peu lente avec la persistance de douleurs vraisemblablement d'origine musculaire prédominant du côté gauche. Il a constaté une bonne mobilité des deux hanches et retenu un pronostic favorable. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 6 mars 2008.

Dans un courrier du 5 mars 2009 adressé à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était globalement favorable, mais que l'assuré ne pouvait plus reprendre son ancienne activité d'employé agricole. Il a retenu qu'une réorientation professionnelle était nécessaire.

Sur demande de son assureur perte de gain, l'assuré a été examiné par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie. Dans son expertise du 27 mai 2009, ce spécialiste a posé les diagnostics de coxarthrose primaire bilatérale, de status après arthroplastie totale des deux hanches par prothèses non cimentées, de lombalgies chroniques, de status après hernie discale et d'obésité avec BMI à 40. Il a ensuite retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"En raison de sa coxarthrose primaire bilatérale traitée par arthroplastie totale des hanches, l'assuré ne devrait pas porter des charges supérieures à 20 kg et devrait éviter les positions luxantes des prothèses. A droite, il doit éviter les mouvements combinés de rotation externe, adduction en flexion. A gauche, rotation interne, flexion adduction.

En raison de ses lombalgies chroniques, l'assuré doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux ainsi que [le] soulèvement de charges répétées supérieures à 15 kg et le port de charge supérieur à 20 kg.

En raison de ces deux pathologies, la capacité de travail de votre assuré en tant qu'ouvrier agricole polyvalent est très limitée. Il pourrait néanmoins continuer à conduire des tracteurs et des élévateurs. Etant donné que cette profession ne respecte pas les limitations fonctionnelles précitées, sa capacité de travail est pratiquement nulle si son poste de travail n'est pas aménagé.

[...]

La capacité de travail de votre assuré dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charge supérieur à 20 kg est complète et ceci à partir du 3<sup>ème</sup> mois après son arthroplastie de la hanche droite. Il pourrait exercer un travail comme surveillant, vendeur ou autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

[...]

Actuellement, l'état de monsieur L.\_\_\_\_\_ est tout à fait compatible à entreprendre des mesures de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le cas de monsieur L.\_\_\_\_\_

a été annoncé à l'Al. La fondation [...] est déjà en train d'aider votre assuré à reprendre une activité adaptée.

[...]

En ce qui concerne les hanches, le pronostic est excellent. En ce qui concerne les lombalgies, il est probable que celles-ci deviennent plus importantes au fur et à mesure que l'âge du patient augmente.

[...]

Les exercices de tonifications de la musculature paravertébrale et abdominale sont nécessaires. Ils peuvent être effectués pas le patient lui-même".

L'OAI a en outre requis l'avis de la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 26 juillet 2009, cette praticienne a posé les diagnostics de coxarthrose, d'obésité avec BMI à 41 ainsi que de protrusion discale médiane et paramédiane L4-L5 modérée. Elle a retenu que l'assuré avait tenté, sans succès, de travailler comme concierge, chauffeur, cariste ou pompiste. L'assuré faisait état d'une diminution de rendement en raison de douleurs, d'une diminution de la mobilité et d'obésité. La Dresse C.\_\_\_\_\_ a en outre remis notamment les documents suivants:

- Un rapport du 14 juin 2006 du Dr B.\_\_\_\_\_, radiologue au centre d'imagerie du Nord vaudois, qui a retenu les conclusions suivantes:

"Protrusion discale de type herniaire médiane et paramédiane gauche L4-L5, modérée.

Discrète protrusion discale paramédiane gauche L5-S1.

Légère arthrose postérieure L3-L4 et L4-L5 mais sans rétrécissement canalaire ni des trous de conjugaison.

Importante coxarthrose bilatérale prédominant à gauche avec même une suspicion d'ostéonécrose débutante de ce côté".

- Un rapport du 8 janvier 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_, relevant qu'un examen scintigraphique effectué le 10 décembre 2008 avait confirmé la bonne ostéo-intégration des implants résultants des arthroplasties.

L'OAI s'est par ailleurs adressé à la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute traitant de l'assuré. Dans un rapport du 25 août 2009, cette spécialiste a diagnostiqué un épisode dépressif léger, depuis 2007. Elle a fait état d'un traitement depuis le 16 juin 2009, avec suivi psychiatrique et médication, et retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un rapport du 18 septembre 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_, l'atteinte principale à la santé de coxarthrose bilatérale et une capacité de travail exigible de 0% comme ouvrier agricole polyvalent et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: charges inférieures à 20 kg, pas de travaux en porte-à-faux du tronc, éviter les positions luxantes des prothèses.

Dans un projet de décision du 9 octobre 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente et à un reclassement professionnel. Se référant au rapport d'examen effectué par le Dr N.\_\_\_\_\_, l'OAI a retenu que l'assuré présentait, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail depuis le 21 août 2008. Après comparaison des revenus, en tenant compte d'un abattement de 10% du revenu d'invalidé, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 8%.

L'assuré a fait part de ses observations et a déposé un certificat médical du 17 novembre 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_, qui a retenu que même si l'évolution pouvait être considérée comme favorable au niveau des hanches, le périmètre de marche restait encore limité et la reprise de l'activité d'employé agricole contre-indiquée. Ce praticien a ajouté qu'à terme une capacité de travail de 50% pouvait être reconnue à l'assuré dans une activité plus légère.

Dans un avis médical du SMR du 21 janvier 2010, les Drs X.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont relevé que le certificat médical précité du Dr E.\_\_\_\_\_, ne comportant pas de status clinique ni de description des

limitations fonctionnelles, ne pouvait être considéré comme probant par rapport à l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_.

Par décision du 22 février 2010, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente et à un reclassement professionnel, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision du 9 octobre 2009.

Le 12 mars 2010, un scanner lombaire a été effectué sur l'assuré par le Dr R.\_\_\_\_\_, radiologue au centre d'imagerie du Nord vaudois. Dans un rapport du même jour, ce médecin a retenu ce qui suit:

"Par rapport à l'examen précédent de mai 2007, il n'y a pas de modification significative. On retrouve, comme élément le plus marquant, la présence d'une petite hernie discale paramédiane et latérale gauche en L4-L5 et une protrusion discale paramédiane gauche en L5-S1. Arthrose zygapophysaire pluri-étagée de L2 à S1".

Dans un courrier du 8 juin 2010 adressé à l'OAI, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il y avait une aggravation de l'état de santé de son patient, avec augmentation de ses douleurs et de son poids. L'assuré consultait en outre son psychiatre plus souvent.

Dans un courrier du 9 novembre 2010 adressé à l'OAI, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit:

"Par la présente je vous annonce l'aggravation de l'état psychique de mon patient susnommé.

Diagnostic: F 32.2 épisode dépressif sévère, existe depuis 2007 et léger au début.

Mon dernier rapport date du 25.08.2009. A cette époque l'état dépressif était de gravité légère. Cependant au début de cette année mon patient commença à souffrir de fortes douleurs lombaires avec irradiation dans la jambe gauche. Après des investigations le diagnostic d'hernie discale L4-L5 fut posé. Par la suite malgré de nombreux traitements les douleurs ont pris de l'ampleur actuellement malgré des infiltrations de cortisone et l'état algique resta important. Les retombées sur l'état psychique furent rapides. L'état dépressif se péjora et à partir du mois de juin mon patient communiquait de moins en moins. Tout lui était égal et il exprimait l'idée récurrente qu'il n'était plus bon à rien. De plus il dormait mal en raison de la péjoration de l'état dépressif et de l'état algique. Ces derniers temps la perspective d'aller au Portugal en fin d'année ne le réjouit même plus.

Lors de mon dernier examen du 4.11.10 je note un fort abaissement de l'humeur, une importante réduction de l'intérêt et du plaisir, une baisse de l'énergie et de l'activité, un fort repli sur soi, une perte de la confiance en soi, une attitude pessimiste face à l'avenir, des troubles du sommeil.

L'incapacité de travail est de 100% [depuis le] 15.6.2010.  
Médication actuelle Citalopram 20 mg 1-0-1, Lexotanil 1,5 mg en R".

**B.** Le 17 décembre 2010, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en se prévalant de douleurs lombaires, avec irradiation dans la jambe gauche, et de dépression sévère.

L'OAI s'est adressé à la Dresse P. \_\_\_\_\_, qui a indiqué ce qui suit dans un rapport du 1<sup>er</sup> février 2011:

"Diagnostic: épisode dépressif sévère, existe depuis 2007, léger au début, aggravé depuis juin 2010.

[...]

Au début 2010 mon patient commença à souffrir de fortes douleurs lombaires avec irradiation dans la jambe gauche. Après des investigations le diagnostic d'hernie discale L4-L5 fut posé. Au cours du temps, malgré de nombreux traitements on assista à une aggravation des douleurs malgré en particulier des infiltrations de Cortisone.

Les retombées sur l'état dépressif de mon patient furent immédiates. Mon patient estima qu'il n'était plus bon à rien, se sentait inutile. Il avait en fait gardé l'espoir qu'il pourrait être relancé dans une nouvelle activité, mais cet espoir le quitta. Dès juin 2010 M. L. \_\_\_\_\_ se replia progressivement fortement sur lui-même et je constatai qu'il communiquait de moins en moins avec son entourage. Son épouse m'expliqua qu'il avait capitulé, était passif à la maison, perdu dans ses pensées. La perspective d'aller en vacance annuelle au Portugal le laissait indifférent et il songeait même à y renoncer. Le sommeil aussi se péjora en raison de son état dépressif, mais aussi parce qu'il avait beaucoup de douleurs physiques.

Plaintes subjectives: M. L. \_\_\_\_\_ se plaint de peu de choses, dit tout au plus que tout lui est égal, qu'il n'a plus de joie et que, depuis l'aggravation de son état de santé il n'est plus bon à rien.

Constatations objectives: fort abaissement de l'humeur, forte réduction de l'intérêt et du plaisir, baisse de l'énergie, repli sur soi, baisse importante de la confiance en soi et de l'estime de soi, idées de dévalorisation, attitude pessimiste face à l'avenir, troubles du sommeil.

Thérapie: suivi psychiatrique, médication: Citalopram 20 mg 1-0-1.  
Pronostic: quant à une amélioration de l'état dépressif: incertain,  
quant à une reprise du travail: impensable".

L'OAI a en outre demandé l'avis de la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui, dans un rapport du 11 février 2011, a posé les diagnostics d'arthroplastie aux hanches, de dépression et de surpoids. Cette praticienne a renvoyé à l'avis de la Dresse P.\_\_\_\_\_.

L'OAI s'est par ailleurs adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, qui en date du 11 février 2011 a retenu la présence de lombalgies chroniques et d'état dépressif. Il a retenu que l'assuré était limité physiquement dans ses déplacements et que le port de charges était contre-indiqué, l'intéressé ne pouvant plus travailler comme ouvrier agricole mais pouvant effectuer un travail léger à la mi-journée.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR qui, dans un avis médical du 2 mars 2011 du Dr X.\_\_\_\_\_, a proposé de mettre en œuvre un examen psychiatrique en raison du manque de données objectives permettant d'étayer le diagnostic.

Le 4 mai 2011, l'assuré a été soumis à un examen clinique psychiatrique par la Dresse A.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 31 mai 2011, cette spécialiste n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation et d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et d'épisode dépressif en rémission complète. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail a été évaluée à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de

syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Bien que l'épisode dépressif sévère, diagnostiqué par la Dresse P. \_\_\_\_\_, ne respecte pas les critères cliniques de la CIM-10, [il] est en rémission complète et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Il s'agit d'une symptomatologie dépressive réactionnelle au projet de décision du 09.10.2009 où l'OAI décide le refus de rente d'invalidité et reclassement professionnel. Dans sa lettre du 15.10.2009, l'assuré demande "une aide au placement et sollicite un rendez-vous dès que possible avec un coordinateur emploi". Le 05.11.2009, l'avocat de l'assuré nous informe qu'il continue d'agir au nom et pour le compte de Monsieur L. \_\_\_\_\_ et de l'opposition au projet de décision de refus de rente et donc l'instruction du dossier continue. Le médecin traitant fait état d'un status après PTH bilatérale et de lombalgies limitant le périmètre de marche, il confirme l'incapacité de travail comme ouvrier agricole et envisage une reprise à 50% dans une activité plus légère. Or, selon le médecin responsable du dossier, le Dr X. \_\_\_\_\_ dans l'avis médical du 21 janvier 2010, cette position n'est pas motivée, car le status clinique n'est pas décrit et les limitations fonctionnelles manquent. Le rapport médical du 09.11.2010 effectué par la psychiatre traitante, la Dresse P. \_\_\_\_\_ est bref, et l'aggravation sur le plan psychique est plausible, mais pas de longue durée. Effectivement, sous prise en charge psychiatrique ambulatoire, accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope, l'évolution est favorable et actuellement la symptomatologie anxio-dépressive est en rémission complète. Par conséquent, il s'agit d'une symptomatologie réactionnelle qui ne justifie pas une diminution de la capacité de travail de longue durée.

Nous avons retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. L'assuré réagit par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique et redoute une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. Cet assuré fruste, qui a toujours travaillé à l'extérieur comme agriculteur, redoute également toute autre activité professionnelle, [qu'il] se sent incapable d'assumer. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'a aucune incidence sur la capacité de travail. L'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Les diagnostics de difficultés d'adaptation liées à l'éducation et à l'alphabétisation et à une nouvelle étape de la vie, n'ont aucune incidence sur la capacité de travail.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assuré ne souffre d'aucune maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

### Limitations fonctionnelles

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. La démotivation, l'âge, les difficultés financières, l'absence de formation professionnelle ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Selon la psychiatre traitante, l'assuré présente une incapacité de travail à 100% depuis le 16 juin 2010. Cependant, il n'y a pas de pathologie psychiatrique chronique ni d'incapacité de travail de longue durée car la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à la décision de refus de rente AI, est en rémission complète.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques".

Dans un avis médical du SMR du 9 juin 2011, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu, en se référant au rapport d'examen psychiatrique de la Dresse A. \_\_\_\_\_, que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant inchangées. Les chances de réussite des mesures de réadaptation étaient réduites dès lors que l'assuré était convaincu de son incapacité à reprendre une activité lucrative.

Dans un projet de décision du 20 juillet 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente. Il a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique et que, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière sur le plan somatique. L'OAI en a déduit que l'incapacité de gain était ainsi toujours de 8%.

Par décision du 23 septembre 2011, l'OAI a refusé le droit à la rente, en se référant aux mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision précité.

**C.** Par acte de son mandataire du 25 octobre 2011, L. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision et a conclu, avec suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire et à l'octroi d'une rente

entière d'invalidité, la cause étant renvoyée à l'OAI en vue de fixer la date à laquelle cette prestation est due.

L'assuré remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse A.\_\_\_\_\_, qui selon lui ne permet pas d'écarter l'avis de la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Sur le plan somatique, l'assuré remet en cause la valeur probante du rapport d'examen du Dr N.\_\_\_\_\_, qui a été mandaté par l'assureur perte de gain, et se prévaut de l'avis du Dr E.\_\_\_\_\_. A titre de mesure d'instruction, l'assuré soutient qu'une expertise indépendante doit être mise en œuvre.

Par décision du 26 octobre 2011 du juge instructeur, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite avec effet au 25 octobre 2011 et Me Jean-Marie Agier a été désigné en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 24 novembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport d'examen psychiatrique du SMR a valeur probante et qu'il n'y a aucun indice concret allant dans le sens d'une modification de la situation sur le plan somatique par rapport à la situation existant au moment de la décision initiale de refus de rente.

Les parties ont répliqué et dupliqué, en maintenant leurs conclusions respectives.

Le Dr U.\_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant de l'assuré, a été appelé à répondre aux questions des parties et du tribunal. Dans un courrier du 11 octobre 2012 adressé au tribunal, ce médecin a relevé ce qui suit:

"En réponse à vos lettres du 12 et 14 septembre 2012 et après mûre réflexion, je suis au regret de vous informer de mon impossibilité à répondre au questionnaire de l'OAI que vous m'avez soumis à propos de mon patient et ceci en raison de peu de recul à ce jour, pour pouvoir me prononcer en connaissance de cause.

En effet, Monsieur L. \_\_\_\_\_ m'a été adressé par la Dresse P. \_\_\_\_\_, pour la suite du traitement, à l'occasion de l'arrêt récent de sa pratique. Je l'ai donc vu à trois reprises au courant [du] mois de juillet afin d'évaluer sa motivation pour la nouvelle relation thérapeutique. Ensuite il est revenu à ma consultation début octobre, une fois la relation avec la Dresse P. \_\_\_\_\_ ayant été terminée.

Donc, le patient était toujours en traitement chez son psychiatre, depuis juin 2009, pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen selon mon observation.

A mon avis, l'impact de la souffrance psychologique sur sa capacité de travail dans une activité lucrative non qualifiée est de l'ordre de 30-40% au moins.

Des mesures pour une réadaptation professionnelle me semblent illusoire chez ce patient fruste, à l'intelligence limite, très peu scolarisé, presque analphabète en français.

Une expertise neutre serait plus à même d'élucider la vraie problématique existentielle et les ressources de ce patient malheureux, incapable de répondre aux exigences actuelles du marché [du] travail".

Dans ses déterminations du 24 octobre 2012, le recourant a fait valoir que le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ permettait de remettre en cause les conclusions du rapport d'examen de la Dresse A. \_\_\_\_\_. Il a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique.

Dans sa prise de position du 10 décembre 2012, l'OAI a confirmé sa position. Il a expliqué qu'aucun élément ne permettait de douter du rapport d'examen de la Dresse A. \_\_\_\_\_ et que de nouvelles mesures d'instruction n'étaient pas justifiées. Il a déposé un avis médical du 7 novembre 2012 du Dr X. \_\_\_\_\_, relevant ce qui suit:

"Ce document [le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_] n'apporte aucun élément de nature à modifier notre position: il ne comporte pas de status ni de diagnostic; l'incapacité de travail attestée n'est pas argumentée.

A notre avis, une expertise ne se justifie pas. Nous disposons en effet d'un examen psychiatrique au SMR que nous estimons médicalement probant. Ni la Dresse P. \_\_\_\_\_, ni le Dr U. \_\_\_\_\_ n'ont d'ailleurs formellement récusé les conclusions de l'examen psychiatrique au SMR. Quant aux arguments de M. Agier, ils ne portent pas sur le contenu médical de l'examen psychiatrique au SMR, mais sur la personne de la Dresse A. \_\_\_\_\_ qui se serait donnée à tort un titre FMH pendant plusieurs années. Au surplus, je

suis contraint de démentir les propos de M. Agier: la Dresse A. \_\_\_\_\_ a bel et bien conservé une activité de psychiatre indépendante en cabinet à Renens".

Le 16 janvier 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et repris ses arguments.

### **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'assurance-invalidité (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. 56 et 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).

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

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

**2.** Dans le cas présent, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision. Il convient d'examiner s'il y a eu aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de refus de rente datée du 22 février 2010.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 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 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.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art.

7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1 et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

**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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Selon la jurisprudence, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3; TF 9C\_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). 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; TF 9C\_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833).

**4.** Dans le cas présent, il convient de comparer l'état de santé du recourant au moment de la décision initiale de refus de rente, datée du 22 février 2010, avec les circonstances prévalant lors de la décision dont est recours.

**a)** Sur le plan somatique, au moment de la décision du 22 février 2010, l'état de santé du recourant avait pour l'essentiel été déterminé suite à l'examen effectué sur demande de l'assureur perte de gain par le Dr N.\_\_\_\_\_. Dans son expertise du 27 mai 2009, ce spécialiste a posé les diagnostics de coxarthrose primaire bilatérale, de status après arthroplastie totale des deux hanches par prothèses non cimentées, de lombalgies chroniques, de status après hernie discale et d'obésité avec BMI à 40. Dans son appréciation du cas, il a notamment

retenu que l'assuré, en raison de sa coxarthrose, ne devait pas porter des charges supérieures à 20 kg et devait éviter les positions luxantes des prothèses; à droite, il devait éviter les mouvements combinés de rotation externe, adduction en flexion; à gauche, il devait éviter les mouvements combinés de rotation interne, flexion adduction. En raison de ses lombalgies chroniques, l'assuré devait éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux ainsi que le soulèvement de charges répétées supérieures à 15 kg et le port de charge supérieur à 20 kg. L'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'ouvrier agricole polyvalent. En revanche, la capacité de travail dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charge supérieur à 20 kg était complète à partir du 3<sup>ème</sup> mois suivant l'arthroplastie de la hanche droite; l'assuré pouvait exercer un travail comme surveillant, vendeur ou une autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Le recourant ne saurait remettre en cause maintenant les conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_, d'ailleurs confirmées par le Dr X.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 septembre 2009, dès lors qu'il n'a pas recouru contre la décision du 22 février 2010.

Après cette décision, et spécifiquement depuis le dépôt par l'assuré, le 17 décembre 2010, de sa nouvelle demande de prestations d'invalidité, plusieurs rapports médicaux ont été versés au dossier. Un scanner lombaire effectué le 12 mars 2010 au centre d'imagerie du Nord vaudois a relevé qu'il n'y avait pas de modification significative par rapport à l'examen précédent de 2007. Dans son courrier du 8 juin 2010 à l'OAI, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il y avait une aggravation de l'état de santé de son patient, avec augmentation de ses douleurs et de son poids. Dans son rapport du 11 février 2011, cette praticienne a posé les diagnostics d'arthroplastie aux hanches et de surpoids. Pour sa part, dans un rapport du 11 février 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ a retenu la présence de lombalgies chroniques; il a indiqué que l'assuré était limité physiquement dans ses déplacements et que le port de charges était contre-indiqué, l'intéressé ne pouvant plus travailler comme ouvrier agricole mais pouvant effectuer un travail léger à la mi-journée.

Ces documents médicaux ne permettent pas de mettre en évidence une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré sur le plan somatique par rapport à la décision initiale de refus de rente. En effet, le scanner lombaire du 12 mars 2010 a mis en évidence un état stationnaire par rapport à 2007 et le Dr E.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 février 2011, n'a pas relevé de modification sensible de l'état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail ou sur les limitations fonctionnelles par rapport à ses précédents avis médicaux des 13 mai 2008, 7 octobre 2008, 5 mars 2009 et 17 novembre 2009. La Dresse C.\_\_\_\_\_ a certes retenu la présence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré dans son courrier du 8 juin 2010, mais cette praticienne, également dans son rapport du 11 février 2011, se fonde sur une motivation sommaire et peu précise; en tant que médecin traitant, son avis au sujet de la capacité de travail doit du reste être apprécié avec les réserves d'usage. Dès lors, il n'y a pas de modification de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de travail par rapport aux constatations médicales ressortant de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_. Il y a donc lieu de suivre le Dr X.\_\_\_\_\_ (avis médical du SMR du 9 juin 2011) lorsqu'il affirme que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que ses limitations fonctionnelles sont inchangées, en l'occurrence par rapport aux limitations fonctionnelles indiquées par le Dr N.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan psychique, au moment de la décision initiale de refus de rente du 22 février 2010, l'assuré présentait, selon la Dresse P.\_\_\_\_\_ (rapport du 25 août 2009), un épisode dépressif léger, depuis 2007, toutefois sans incidence sur la capacité de travail.

Pour la période postérieure à cette décision, l'assuré a été soumis à un examen psychiatrique au SMR. Dans son rapport du 31 mai 2011, la Dresse A.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation et d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et d'épisode dépressif en

rémission complète. Dans son appréciation du cas, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a retenu que son examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui était normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. En conclusion, elle a retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant et que la capacité de travail exigible était de 100%, sans limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. La Dresse A.\_\_\_\_\_ a relevé que l'épisode dépressif sévère, diagnostiqué par la Dresse P.\_\_\_\_\_, ne respectait pas les critères cliniques de la CIM-10, était en rémission complète et n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. L'aggravation sur le plan psychique mentionnée par la Dresse P.\_\_\_\_\_ était plausible, mais pas de longue durée; sous une prise en charge psychiatrique et médicamenteuse, l'évolution était favorable et actuellement la symptomatologie anxio-dépressive était en rémission complète, de sorte qu'il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail de longue durée.

De façon convaincante et détaillée, la Dresse A.\_\_\_\_\_ a exposé les raisons pour lesquelles l'avis de sa consœur ne pouvait être retenu. En effet, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a certes constaté un fort abaissement de l'humeur, une importante réduction de l'intérêt et du plaisir, une baisse de l'énergie, un repli sur soi, une baisse de la confiance en soi et la présence de troubles du sommeil (courrier du 9 novembre 2010 adressé à l'OAI et rapport du 1<sup>er</sup> février 2011), mais la Dresse A.\_\_\_\_\_, lors de son examen au SMR le 4 mai 2011, a constaté que l'épisode dépressif sévère - à supposer qu'il puisse être retenu - était en rémission complète. Il faut donc en déduire, au vu des pièces médicales versées au dossier, que l'épisode dépressif sévère n'aurait duré que six mois tout au plus, de sorte que l'assuré ne peut avoir présenté une incapacité de travail pendant une année au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI). En outre, en tant que psychiatre

traitant, l'avis de la Dresse P.\_\_\_\_\_ doit être apprécié avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail.

L'avis du Dr U.\_\_\_\_\_, qui retient la présence d'un trouble dépressif récurrent et estime à 30-40% au moins l'incapacité de travail de l'assuré dans une activité lucrative non qualifiée (courrier du 11 octobre 2012 adressé au tribunal), ne saurait infirmer les conclusions de la Dresse A.\_\_\_\_\_. En effet, le Dr U.\_\_\_\_\_ a tout d'abord refusé de répondre au questionnaire de l'OAI en raison d'un manque de recul pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause, de sorte qu'il a lui-même émis des réserves par rapport à sa propre appréciation. Il n'a fourni aucune motivation en lien avec ses constatations cliniques ni avec les critères de la CIM-10 ou du DSM-IV-TR. Enfin, en tant que nouveau psychiatre traitant, son avis doit être apprécié avec les réserves d'usage. Par ailleurs, on ajoutera que le Dr E.\_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre et qu'il ne saurait donc valablement se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré ni infirmer les conclusions de la Dresse A.\_\_\_\_\_.

Il y a lieu de retenir que les rapports de la Dresse P.\_\_\_\_\_ et du Dr U.\_\_\_\_\_ ne permettent pas de justifier la présence d'une atteinte à la santé invalidante sur le plan psychiatrique, ni d'infirmer les conclusions - en l'occurrence dûment motivées - de la Dresse A.\_\_\_\_\_. Au moment de son examen du 4 mai 2011, la Dresse A.\_\_\_\_\_ était au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal (arrêt Casso AI 626/08 du 18.11.2010 consid. 4b in fine) et du titre de psychiatre reconnu par la FMH ([www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)), de sorte que, contrairement à ce que soutient le recourant et également pour les raisons qui précèdent, il y a lieu de suivre les conclusions de la Dresse A.\_\_\_\_\_, qui ont valeur probante.

**c)** L'état de santé du recourant, tant sur le plan somatique que psychique, n'a donc pas subi de modification notable ayant une incidence sur la capacité de travail entre la décision initiale de refus de rente du 22 février 2010 et les circonstances déterminantes au moment de la décision attaquée. Le recourant présente donc une pleine capacité de travail dans

une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

En l'absence d'un motif de révision du droit à la rente, le degré d'invalidité reste donc inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI), de sorte le recourant n'a pas droit à une rente, seule prestation litigieuse. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

**5.** Le dossier étant complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire.

En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**6. a)** La procédure est onéreuse; 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la

partie qui bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet 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'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

**b)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Marie Agier à compter du 25 octobre 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

L'indemnité de Me Jean-Marie Agier est arrêtée à 1800 fr., débours par 100 fr. et TVA en sus, soit un montant total arrondi de 2'000 fr. pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause (cf. art. 3 al. 2 et 3 RAJ).

**c)** Le présent arrêt est rendu sans dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Marie Agier, conseil du recourant, est arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour L. \_\_\_\_\_)
- 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 :