

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 février 2015

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 et 29 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissant italien entré en Suisse en mars 1983, N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), est marié et père de deux enfants nés en 1986 et 1989. Sans formation professionnelle, il a d'abord exercé l'activité de tailleur de pierre, puis, dès 1989, celle de marbrier de façade en tant que personne de condition indépendante au sein de la société en nom collectif N. \_\_\_\_\_ Frères. L'assurance perte de gain a versé à l'assuré des indemnités journalières dès le 18 juin 2008 (décompte du 4 juin 2009) pour une incapacité de travail fluctuant entre 50 et 100%. Le 25 juin 2009, la société précitée a été radiée. Ce même jour, le frère de l'assuré a fondé sa propre entreprise en raison individuelle avec le même but que la société en nom collectif, soit la pose de carrelage, de marbre et de pierre naturelle.

Le 12 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Sollicitant l'octroi d'une rente, il a fait état de plusieurs hernies discales, d'une arthrose lombaire et d'une scoliose, atteintes existant depuis environ deux ans. Etaient en outre joints à ce formulaire, notamment, divers certificats médicaux attestant d'arrêts de travail de 50% ou 100% pour la période courant de novembre 2008 à juin 2009.

Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a recueilli, outre diverses pièces comptables et fiscales, différents renseignements sur la situation médicale de l'assuré. Il en ressort que celui-ci présente pour l'essentiel des lombosciatalgies sévères, des discopathies étagées avec hernie discale médiane sous ligamentaire avec importante protrusion discale ainsi qu'une probable silicose pulmonaire avec adénopathies médiastinales et hilaires. S'y ajoutent d'autres affections telles qu'un nodule thyroïdien, une perte pondérale, un tabagisme actif et une

suspicion anamnestique de consommation excessive de substances alcooliques.

S'exprimant à propos des éléments médicaux au dossier, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a constaté dans un avis médical non daté indexé le 15 juin 2010 que, en résumé, l'assuré présentait une double pathologie, respiratoire et ostéo-articulaire. Selon lui, l'activité de marbrier n'était certainement plus exigible en raison des inhalations de poussières et des efforts requis. Il restait cependant à déterminer aussi précisément que possible la capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ce but, il a donc proposé de confier une expertise au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne.

Dans son rapport du 10 septembre 2010, l'expert a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de lombalgies chroniques sur discopathies multi-étagées dès 2008 (M 51) et de silicose pulmonaire avec micro-nodules pulmonaires et nodules sous-pleuraux existant depuis 2009 (J 62). Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu une broncho-pneumopathie chronique obstructive de degré léger, une oesophagite peptique de stade B depuis 2010, une diverticulose colique et un nodule thyroïdien droit bénin. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic » :

« M. N.\_\_\_\_\_, âgé de 52 ans, d'origine italienne, est établi en Suisse dès 1981. Il est resté sans formation professionnelle. Il a travaillé essentiellement comme marbrier indépendant, occupé à la pose de revêtement de marbre ou de granit. Il a liquidé son entreprise en 2009, présentant une incapacité de travail complète ou à 50% dès juin 2008.

Il a déposé une demande de prestations AI le 14.07.2009.

#### *6.1 Rappel de l'histoire médicale*

M. N.\_\_\_\_\_ présente, depuis 4 à 5 ans, des **dorso-lombalgies** l'handicapant dans son activité de poseur de dalle en pierre naturelle. Porteur d'une hépatite B inactive, il n'a pas d'autres antécédents. En fin d'année 2007, devant la répétition de rachialgies avec blocages lombaires, sans déficit radiculaire, il est réalisé un CT-scan qui conclut à des discopathies étagées avec protrusion discale médiane sous-ligamentaire entre L2-L3 et L4-L5. L'incapacité de travail ininterrompue, depuis juin 2010 à 100% ou à 50%, est le fait

de lombalgies chroniques soulagées que partiellement et temporairement par un traitement de physiothérapie.

En juillet 2008, il est réalisé une IRM lombaire qui conclut à la présence de discopathies lombaires basses annoncées sévères de L1 à S1. Il existe également une arthrose inter-somatique en L1-L2 et interfacettaire modérée. En L4-L5, l'arthrose est prononcée avec une protrusion discale dans le trou de conjugaison à droite. Il est conclu probablement à un conflit radiculaire avec la racine L4 droite alors même que cliniquement, les douleurs de type sciatalgie épousent une topographie plutôt L5. A part un émoussement du réflexe achilléen droit, le Lasègue est négatif. Pris en charge dès le 24.06.2008 par le Prof. C. \_\_\_\_\_, il est décrit une hypoesthésie au niveau L5 et une partie du territoire L4 à droite. Il bénéficie d'une infiltration transforaminale L5 amenant une amélioration significative. Une deuxième infiltration a lieu à mi-septembre suivie d'infiltrations à titre probatoire des articulations facettaires de L3 à S1 à droite, sans résultats. Des discographies L3-L4, L4-L5 et L5-S1 sont également négatives.

L'importance du traitement, durant l'année 2009, n'est pas connue avec précision. En septembre 2009, il consulte en urgence la Policlinique H. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_. La sciatalgie n'est pas au premier plan. En revanche, il se plaint de lombalgies basses non déficitaires, de type mixte avec réveils nocturnes et ankylose prolongée. Il se plaint également d'une perte de poids de 6 à 7 kg avec diminution de l'appétit et épigastralgies. Les investigations menées à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ vont permettre d'exclure un syndrome inflammatoire. Une radiographie du thorax met en évidence un nodule latéral en regard du lobe moyen droit si bien qu'il est effectué un CT thoraco-abdominal, le 30.09.2009, lequel met en évidence de multiples opacités pleurales avec de micronodules pulmonaires ainsi que des adénopathies médiastinales et hilaires fortement suggestives d'une **silicose**. Une spirométrie met alors en évidence un trouble ventilatoire mixte, essentiellement obstructif avec une capacité de diffusion diminuée sévèrement. Une adénopathie ponctionnée par bronchoscopie, le 27.10.2009, ne révèle ni cellule tumorale, ni de bacille de Mycobacterium tuberculosis. Un PET-scan, le 11.11.2009, est plutôt rassurant. Revu à la consultation du Service de pneumologie du 03.03.2010, alors même que l'assuré a cessé son tabagisme depuis janvier 2010, il est noté la présence d'un syndrome obstructif de degré léger avec VEMS à 75% de la valeur prédite, sans syndrome restrictif mais avec un trouble de la diffusion de degré moyen (46% de DLCO corrigée). Cette dernière n'est pas expliquée et apparaît disproportionnée par rapport à l'absence d'emphysème au CT-scan et à la faible étendue de l'atteinte interstitielle liée à la silicose. La dyspnée d'effort reste de stade II.

Quant à l'évolution des lombalgies attribuées à des discopathies multi-étagées, sans déficit neurologique des membres inférieurs, il est proposé une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle intensif du rachis qui aura lieu au cours du mois de juin 2010. Subjectivement, l'assuré n'annonce aucun bénéfice alors que cliniquement, si l'on se réfère à l'examen de ce jour, on note toutefois une nette amélioration du syndrome lombo-vertébral.

A noter enfin que M. N.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un bilan oesogastrosopique en mai 2010 partiellement imposé par la persistance d'une gêne abdominale et la mise en évidence d'une macrocytose et d'un déficit en acide folique. Il est diagnostiqué une oesophagite peptique de stade B. Une coloscopie, effectuée à la même date, conclut à une diverticulose colique et permet la résection de quatre petits polypes sessiles. Il n'y a pas d'anémie au laboratoire du 14.06.2010, ni de signe infectieux ou inflammatoire. Des investigations d'un nodule thyroïdien droit permettent de conclure à un nodule bénin et les tests de la fonction thyroïdienne sont dans la norme.

## *6.2 Situation actuelle*

M. N.\_\_\_\_\_ est donc en incapacité de travail depuis juin 2008 essentiellement en raison de lombalgies chroniques attribuables à des discopathies étagées évidentes au scanner lombaire, sans canal lombaire étroit et sans listhésis. Il existe des protrusions discales diffuses, sans cependant de syndrome radiculaire typique actuellement et non déficitaire du point de vue neurologique en constatant tout de même un émoussement de l'achilléen droit. Les lombalgies sont annoncées persistantes, sans modification substantielle et handicapant l'assuré lors de longue position debout ou assise immobile, lui interdisant le port de charges autres que légères. Il annonce avoir des blocages aigus, une ankylose matinale et des douleurs lombaires exacerbées à l'effort de marche. Il n'est pas rapporté d'impulsivité à la toux ou au Vasalva, ni de troubles sphinctériens ou moteurs. Absence également de claudication neurogène.

L'examen clinique met en évidence un syndrome lombo-vertébral modéré, actuellement marqué par une limitation de l'antéflexion à un moindre degré des rotations et des inclinaisons. Les lombalgies chroniques non déficitaires représentent vraisemblablement l'handicap majeur de l'assuré et dans ces conditions, il est difficile d'imaginer une reprise d'activité dans son emploi de poseur de dalle en pierre naturelle.

De toute manière, une telle activité est contre-indiquée par la silicose pulmonaire au stade micro-nodulaire et nodulaire avec légère diminution de la capacité vitale et légère diminution du VEMS probablement explicable également par la BPCO de cet assuré tabagique. Fonctionnellement, il se plaint d'une dyspnée de stade II. Les échanges gazeux, notamment à l'effort, ne sont pas connus. L'auscultation pulmonaire est pratiquement normale avec une saturation de 98% à l'air ambiant. Cette affection ne paraît pas handicapante dans une activité de type sédentaire, au port de charges limité (notamment en raison de l'affection lombaire) avec efforts de marche limités à 15 minutes.

Le reste de l'examen clinique est non relevant. On palpe un nodule thyroïdien au lobe droit. L'examen cardio-vasculaire se situe dans la norme, sans signe de défaillance ventriculaire droite. Le status neurologique ne suggère pas une polyneuropathie, un déficit radiculaire ou plexulaire des membres inférieurs.

### 6.3 Limitations fonctionnelles

Dans ces conditions, l'activité professionnelle est essentiellement limitée par le tableau de lombalgies chroniques. Les limitations fonctionnelles peuvent être énoncées comme suit :

- Port de charges limitées à 15 kg.
- Efforts de marche limités à 15 minutes.
- Pas de travaux impliquant des flexions répétées du tronc.
- Pas de travaux en genuflexion ou les bras tenus en hauteur.

Idéalement, une activité devrait tenir compte de la nécessité de varier les positions à sa guise, sans longue position debout, assise ou immobile. L'environnement doit être exempt d'exposition aux poussières de silice.

Dans une activité adaptée, il existe une totale capacité de travail, sans limitations de rendement et ce dès le moment de l'expertise, soit plus d'un mois après avoir terminé un programme intensif de réadaptation du rachis en milieu spécialisé. »

Répondant aux questions posées par l'administration, l'expert a encore précisé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient théoriquement possibles de suite, mais qu'il fallait s'attendre à une faible motivation.

Dans un avis du 11 octobre 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_.

En vue du calcul du préjudice économique, l'office AI a procédé à un examen du dossier de l'assuré, sous l'angle de son statut d'indépendant. Le rapport du 22 décembre 2010 dressé à l'issue de cette démarche se concluait comme suit :

« Le rapport d'examen SMR daté du 11.10.2010 fait état d'une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Monsieur N.\_\_\_\_\_ a cessé son activité indépendante et la société en nom collectif dont il était l'associé (N.\_\_\_\_\_ Frères Snc) a fermé définitivement le 25.06.2009.

La capacité de travail et de gain étant nulle dans l'activité habituelle, le préjudice économique de notre assuré est total dans son activité indépendante.

Le SMR reconnaissant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il convient de faire suivre au plus vite ce dossier à

un (e) spécialiste en réadaptation qui examinera le type de mesures susceptibles d'être proposées à l'intéressé afin de lui permettre de valoriser cette capacité de travail.

Le RS [revenu hypothétique sans atteinte à la santé, réd.] déterminé sur la base des comptes 2004 à 2008 se monte à Sfr. 47'070 .- »

Le 23 février 2011, l'office AI a informé l'assuré que sa demande de prestations était rejetée. Sur la base des éléments médicaux au dossier, il a considéré qu'il présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de carreleur indépendant. En revanche, dans une profession respectant les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr K.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était entière. S'agissant de la comparaison des gains, le revenu d'invalidé calculé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires s'élevait à 52'177 fr. 80 après un abattement de 15% compte tenu des limitations fonctionnelles ; quant au revenu sans invalidité, il était de 47'070 francs. Il s'ensuivait que l'assuré ne subissait aucun préjudice économique, ce qui excluait le droit à une rente. Une aide au placement lui était par conséquent proposée, eu égard aux limitations fonctionnelles qui lui avaient été reconnues.

Dans une lettre du 5 mai 2011, l'assuré a manifesté son désaccord avec les conclusions de l'évaluation médicale à laquelle s'est livré l'office AI. Son point de vue se fondait sur un rapport du 13 avril 2011 adressé à la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Celui-ci y prenait position en ces termes sur l'expertise réalisée par le Dr K.\_\_\_\_\_ :

« Merci de votre demande d'avis spécialisé que j'ai bien reçue. J'ai donc repris le dossier de Monsieur N.\_\_\_\_\_, parallèlement également à la lecture de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_.

Sur le plan de l'anamnèse et du status clinique, je n'ai pas grand-chose à dire, l'examen est correct, il prend en compte l'ensemble de la situation, hormis peut-être au niveau du rachis dorsolombaire. En effet, lorsque je compare son examen avec le status que j'ai pratiqué le 08.04.2010, je constate quelques différences significatives par rapport à mon examen, à savoir un tableau essentiellement statique, sans éléments dynamiques suffisants. En particulier, je note

- une absence de recherche des dysbalances musculaires alors qu'elles existent dans mon observation
- une absence de recherche des troubles proprioceptifs, tels ceux que j'ai constatés, en particulier, la non-réponse du transverse de l'abdomen lors de la mise en charge du tronc.

Il pourrait sembler s'agir d'un détail, en réalité, c'est fondamental. En effet, les dysbalances musculaires sont le lieu central des surcharges articulaires, en particulier du rachis, entraînant les troubles statiques et les surmenages articulaires qui en découlent, en particulier au niveau lombaire, parallèlement à l'affaiblissement des muscles érecteurs dorsaux et des stabilisateurs abdominaux. Dans ce contexte, l'absence de réponse du transverse de l'abdomen est significative du trouble proprioceptif et du déconditionnement que présente ce patient. Elle explique ses douleurs et son intolérance à certaines positions ou à certains mouvements, intolérance qui, définitivement, contre-indique toute activité lourde comme celle de marbrier.

En ce qui concerne les examens radiologiques, il n'y a rien à dire.

En ce qui concerne le pronostic, je relève d'abord que Monsieur N. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice d'une prise en charge intensive qui a montré des améliorations maigres et limitées mais réelles, objectives et objectivables, lors des tests de force musculaire, lors des tests de mobilité musculaire en physiothérapie, et lors de l'examen avant et après traitement de la gestuelle et de la capacité de charge. Par contre, ces examens ont également montré une kinésiophobie manifeste chez un patient sous-estimant clairement ses possibilités de récupération. Celles-ci, sur le plan théorique en tout cas et à condition de continuer la rééducation, sont certaines. D'ailleurs, à travers les contacts réguliers que j'ai eus avec son physiothérapeute, il a montré des progrès relativement constants jusqu'à l'annonce du refus de prestations de la part de l'AI. A ce moment-là, la situation s'est dégradée de façon assez classique, dans le contexte des effets du stress sur le tonus musculaire et la déstabilisation qui s'en suit (effets expérimentalement reproductibles publiés dans la littérature).

Il en découle que, sur le plan de l'évaluation de la capacité fonctionnelle, il existe deux questions fondamentales et en suspens, découlant de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ :

1. Quels sont les critères qu'il a utilisés pour définir les limitations fonctionnelles de ce patient? A la lecture de son texte, j'ai beaucoup plus l'impression qu'il a utilisé les critères habituels de prévention de la lombalgie chez le sujet sain que des critères spécifiques et adaptés à une situation pathologique, dans le contexte du concept de la CIF-10 qui, actuellement, fait autorité en termes de rééducation.
2. Comment a-t-il pu déterminer ces chiffres et sur quels critères ? Selon les consignes de pratique correcte pour les expertises dans la littérature spécialisée suisse ou internationale, l'évaluation de la capacité fonctionnelle ne peut se baser que sur des chiffres émanant d'une évaluation de la capacité

fonctionnelle en bonne et due forme (ECF) ce qui aurait permis d'arriver à un résultat chiffré et scientifiquement défendable.

Demeure ouverte la question de la kinésiophobie qui, apparemment, semble s'amender petit à petit, au vu des résultats de la physiothérapie. Comme c'est souvent le cas, le refus couperet de l'AI a détruit ce mécanisme, le patient est retombé dans ses convictions et on a donc vu disparaître tout le bénéfice du travail qui avait été mis en place par notre équipe et, par la suite, par le physiothérapeute. Seule une approche psychothérapeutique de longue haleine permettant de modifier le comportement et son idée par rapport à son problème a une chance quelconque d'améliorer la situation de Monsieur N.\_\_\_\_\_. Cette approche n'a pas été effectuée, elle reste à faire et n'a pas été mentionnée dans l'expertise.

Ainsi, les conclusions de cette expertise sont incomplètes, et donc insuffisantes. Comme l'exigent la LAMal et les lois actuelles sur la prise en charge de la santé, seules les données scientifiques sont acceptables. En l'occurrence, cette condition n'est pas remplie sur le plan du bilan physique. Ces différents points doivent donc être complétés dans le cadre et dans l'idée d'une expertise et d'une évaluation complète.

A défaut, la décision prise par l'AI ne correspond pas à une évaluation correcte de la situation et doit donc être combattue et conduire à une expertise globale multidisciplinaire, prenant en compte aussi bien les aspects physiques que les aspects psychologiques.

En vous remerciant de votre confiance, je vous envoie, Madame et chère collègue, mes salutations bien cordiales. »

Reprenant les termes du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'assuré a ainsi sollicité la mise en œuvre d'une « expertise globale multidisciplinaire ».

Invité à se déterminer sur les objections contenues dans la lettre du Dr Q.\_\_\_\_\_, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit dans un avis médical du 23 mai 2011 :

« Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ date du 13.4.2011. Il est donc normal que nous n'avons pas pu en prendre connaissance lors de la rédaction du rapport SMR du 11.10.2010.

Il convient de préciser que le Dr Q.\_\_\_\_\_ se livre à une analyse de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_, sans avoir revu l'assuré. Il reproche à l'expert de n'avoir pas tenu compte des « dysbalances musculaires » et « des troubles proprioceptifs » pour estimer la capacité de travail.

Ces concepts sont certes intéressants lorsqu'il s'agit de décrire la cinétique d'un mouvement, mais ils ne sont malheureusement que très difficilement objectivables, et dépendent essentiellement de l'observateur. Au surplus, ce ne sont pas des défauts structurels, mais bien plutôt fonctionnels, réversibles, susceptibles d'amélioration moyennant un entraînement.

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ plaide ensuite en faveur d'une évaluation de la capacité fonctionnelle (ECF) standardisée, telle qu'elle est pratiquée à la Clinique T. \_\_\_\_\_ et à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ depuis peu. Nous admettons très volontiers que ce type d'examen est intéressant, mais la capacité d'accueil des structures qui le pratiquent est restreinte. Le coût de ces examens n'est pas non plus négligeable. Dans le cas qui nous occupe, qui est celui d'un travailleur de force présentant des lombalgies mécaniques, il s'agit d'une situation malheureusement extrêmement fréquente, et nous pensons que l'avis d'un expert rompu aux exigences de l'expertise (c'est le cas du Dr K. \_\_\_\_\_) est suffisant.

Reste la kinésiophobie mentionnée par le Dr Q. \_\_\_\_\_. En d'autres termes, cela veut dire que l'assuré a peur de bouger, alors que le mouvement est à la base du traitement. Cette peur n'est pas une maladie psychique en soi ; les soignants (médecins, physiothérapeutes, etc.) devraient expliquer à l'assuré que cette peur n'a pas de fondement, que le mouvement est salutaire et thérapeutique, et que l'inactivité est au contraire invalidante. En aucun cas, la kinésiophobie n'a valeur de maladie.

Nous pensons donc avoir récolté suffisamment de renseignements médicaux fiables pour nous prononcer comme nous l'avons fait.

Au vu de ce qui précède, je réponds comme suit à vos questions :

- quant à l'aspect psychologique (notamment les répercussions dues à notre préavis) justifie-t-il la mise en place d'une expertise globale pluridisciplinaire comme le demande le Dr Q. \_\_\_\_\_ et la protection juridique ? On comprend bien que l'assuré puisse être déçu ou contrarié par une décision de refus de rente. A ma connaissance, ceci n'est pas considéré comme une maladie dans la nomenclature internationale (CIM-10 ou DSM-IV). Je remarque encore qu'aucun des très nombreux intervenants médicaux dont les avis figurent au dossier n'évoque la moindre atteinte psychiatrique, même pas le Dr Q. \_\_\_\_\_ lui-même (courriers du 7.12.2009 et du 8.2.2010). L'assuré ne reçoit aucun médicament psycho-actif. L'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic psychiatrique. Nous nous croyons dès lors légitimés à dire qu'il n'y a pas d'atteinte de ce registre, et qu'une expertise de plus n'est pas nécessaire.
- si non, pour quels motifs la refuser ? Voir ci-dessus. »

Par décision du 25 octobre 2011, l'office AI a confirmé son refus de toutes prestations avec une motivation identique à celle contenue dans son projet du 23 février précédent. Dans une lettre

d'accompagnement du même jour, il a expliqué que l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et renvoyait pour le surplus à l'avis précité du Dr Z.\_\_\_\_\_ joint en annexe.

**B.** Par acte du 25 novembre 2011, N.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de dépens, à sa réforme dans le sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui soit reconnu dès une date fixée à dire de justice. Subsidiairement, il demande le renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, le recourant conteste la capacité de travail entière qui lui a été reconnue par l'autorité intimée dans une activité adaptée. Commencant par des critiques d'ordre formel, il observe que le Dr K.\_\_\_\_\_ n'a pas de compétence particulière en rhumatologie, ni en pneumologie, spécialités dont relèvent pourtant les deux pathologies principales dont il est atteint. Ensuite, l'intimé prétendant que l'avis de l'expert devrait prévaloir sur celui du Dr Q.\_\_\_\_\_ car il l'a examiné le 10 septembre 2010, ce dernier ne l'ayant pas revu avant la rédaction de sa lettre du 13 avril 2011, le recourant estime que cet argument tombe toutefois à faux car le Dr Q.\_\_\_\_\_ assure son suivi depuis plusieurs années, de sorte qu'il connaît bien son histoire médicale. La critique est d'autant plus malvenue que, dans le cadre de l'expertise, le Dr K.\_\_\_\_\_ n'a procédé à aucune radiographie, pas plus qu'il n'a organisé de prise de sang, deux mesures qui auraient pourtant été nécessaires pour clarifier la situation. Le recourant s'en prend ensuite à l'aspect matériel de l'expertise. Sur le plan rhumatologique, il se réfère aux critiques développées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ à propos de la méthode adoptée par l'expert et lui reproche d'avoir commis des erreurs de diagnostics, puisqu'il aurait omis des tests importants pour le diagnostic différentiel. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a en outre souligné que le Dr K.\_\_\_\_\_ ne justifiait pas ses réponses s'agissant des limitations fonctionnelles et des pourcentages d'invalidité. En ce qui concerne le volet pulmonaire, le recourant cite une lettre du 22 novembre 2011 du Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, adressée à la Dresse L.\_\_\_\_\_, figurant dans le bordereau de pièces produites à l'appui de son écriture. Il résultait de ce document que,

même si une capacité de travail résiduelle subsistait dans une activité adaptée, elle serait limitée en raison de la problématique pulmonaire. De plus, les chiffres de saturation contenus dans cette lettre - plus récents que ceux de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ - montraient une diminution de la valeur, ce qui pourrait laisser augurer d'une aggravation de la pathologie pulmonaire. Les pneumologues estiment par ailleurs qu'une évaluation détaillée de la composante pulmonaire est nécessaire pour avoir un tableau complet de la capacité de travail du recourant. Celui-ci en déduit que les simples tests respiratoires pratiqués par le Dr K. \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisants à cet égard. De surcroît, l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ et, partant, le dossier de l'office intimé, ne font aucune mention de la prise en charge psychiatrique dont bénéficie le recourant auprès de la Dresse A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Dans un certificat médical du 24 novembre 2011 figurant dans le bordereau de pièces produites à l'appui du recours, cette praticienne fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.10). Elle ajoute qu'il ne serait plus à même, selon elle, d'assumer les activités de la vie quotidienne. Enfin, le recourant relève qu'une calcification aux épaules a été diagnostiquée un mois auparavant, atteinte qui n'a pas été prise en considération, en dépit du fait qu'elle serait antérieure à la décision entreprise. En définitive, le recourant estime que l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ présente des erreurs de méthode ainsi que des contradictions et qu'elle n'est plus actuelle, ce qui lui ôterait toute valeur probante. Il demande par conséquent, à titre de mesures d'instruction, qu'une expertise pluridisciplinaire neutre soit diligentée, laquelle devrait comporter à tout le moins un volet rhumatologique, pneumologique et psychiatrique, les experts concernés ayant la faculté de s'adjoindre les services d'autres spécialistes en cas de besoin.

Par décision du 28 novembre 2011, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré avec effet au 21 novembre 2011 en l'exonérant du paiement d'avances et de frais et commis Me Anne-Sylvie Dupont en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réponse du 23 janvier 2012, l'intimé a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

En annexe à sa réplique du 12 mars 2012, le recourant a produit une lettre du 7 décembre 2011 adressée à la Dresse L. \_\_\_\_\_ par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Ce dernier y réfutait les objections émises par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son avis du 23 mai 2011, tout en développant et précisant ses critiques à l'endroit de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_. Faisant siennes les considérations contenues dans cette lettre, le recourant a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire neutre.

Se ralliant à un avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2012, l'intimé a proposé en date du 17 avril 2012 la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

**C.** Le 9 juillet 2012, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale auprès de l'Hôpital D. \_\_\_\_\_, le soin de coordonner l'expertise pluridisciplinaire dans sa globalité. Déposé le 30 janvier 2013, le rapport de synthèse était signé par les médecins suivants : V. \_\_\_\_\_, rhumatologue et coordinateur de l'expertise ; R. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, responsable de l'évaluation fonctionnelle ; Prof. G. \_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, responsable de l'évaluation pneumologique et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, responsable de l'évaluation psychiatrique.

Débutant par le rappel des circonstances de l'expertise et le plan de cette dernière, le rapport de synthèse énumère ensuite les différents documents médicaux et administratifs à disposition des experts (pp. 2-11). Après cette première partie introductive, sont abordées les questions cliniques proprement dites (anamnèse, plaintes de l'assuré et descriptions du status clinique, exposant brièvement les observations effectuées par système) puis le rapport rend compte du résultat des

différents tests pratiqués avant de faire état des diagnostics retenus (pp. 12-18). Le rapport se conclut par une appréciation du cas et les réponses au questionnaire soumis par le tribunal aux experts (pp. 18-22). Sont joints au rapport de synthèse les documents suivants : le rapport de consultation ambulatoire de pneumologie du 5 novembre 2012 avec ses annexes et son complément du 7 janvier 2013, un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 26 octobre 2012 effectuée à la Clinique T.\_\_\_\_\_ auquel étaient annexées une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation en ateliers professionnels, le rapport de l'évaluation psychiatrique du 16 janvier 2013, le compte rendu du 4 octobre 2012 de l'IRM de la colonne lombaire (pratiquée la veille) ainsi qu'une analyse de la statique sagittale sur colonne totale du 3 octobre 2012.

Du rapport de synthèse du 30 janvier 2013, on extrait ce qui suit :

#### **« 4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)**

##### **4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur l'incapacité de travail**

1. Syndrome lombo-vertébral chronique (M 54.5) dans un contexte de:  
Discopathie (M51.8) sévère à composante inflammatoire (Modic I) Scoliose dégénérative (M41.56) compensée  
Déséquilibre sagittal (M40.25) décompensé.
2. Déconditionnement musculaire global progressivement depuis 2008 (M62.9)
3. Silicose pulmonaire d'origine professionnelle (J62)
4. Conflit sous-acromial épaule droite (dominante) (M75.4)

##### **4.1.1. Depuis quand sont-ils présents?**

1. Syndrome lombo-vertébral chronique symptomatique depuis 2009, suite à un syndrome radiculaire déclaré en octobre 2008 (courriers du Prof. C. \_\_\_\_\_)
2. Déconditionnement musculaire global progressivement depuis 2008
3. Silicose pulmonaire diagnostiquée en novembre 2009
4. Conflit sous-acromial depuis septembre 2011 (courrier du Dr B. \_\_\_\_\_)

##### **4.2. Diagnostics sans répercussion sur l'incapacité de travail**

##### **4.2.1 Depuis quand sont-ils présents?**

1. Episode dépressif moyen (2008) F32.1
2. Bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme (J44) (diagnostiquée en 2009, tabagisme stoppé en 2009)
3. Syndrome des apnées obstructives du sommeil, appareillé depuis décembre 2011 (G47.3)
4. Adénome thyroïdien macro-vésiculaire avec hémithyroïdectomie le 24.02.2012
5. Reflux gastro-oesophagien avec oesophagite de stade 4 en 2010

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

Monsieur N. \_\_\_\_\_ souffre d'une situation médicale intriquée à plusieurs niveaux. Tout d'abord au niveau rhumatologique, il existe une atteinte rachidienne complexe et une atteinte de l'épaule droite. Si ce second élément est relativement bénin malgré quelques restrictions fonctionnelles, l'atteinte rachidienne est plus compliquée. Selon les documents en notre possession (principalement les documents du Professeur C. \_\_\_\_\_), il semble que cela ait commencé en octobre 2008 par un syndrome radiculaire dont l'évolution a été lentement favorable au fil des mois et des diverses interventions thérapeutiques, dont des infiltrations. Comme c'est le cas dans environ 30% des cas, la résolution du syndrome radiculaire s'est malheureusement accompagnée d'une persistance d'un syndrome lombo-vertébral qui peut être plus ou moins invalidant. Dans le cas de Monsieur N. \_\_\_\_\_ les symptômes

lombaires et l'importance du handicap associé peuvent s'expliquer par plusieurs éléments : A.- Les troubles dégénératifs, qui sont fréquemment banals au niveau de la colonne lombaire, ont provoqué dans le cas présent trois phénomènes: 1) une scoliose lombaire dégénérative dont on sait qu'à rayon de courbure équivalent, elles sont beaucoup plus symptomatiques que les scolioses idiopathiques de l'adolescent [...]; dans le cas présent bien que déjà marquée (angle de Cobb 18°) il n'y a cependant pas encore de critère de gravité (ex: disclocation avec décoaptation des facettes) ni de modification de l'équilibre dans le plan coronal. 2) L'accumulation de discopathies sévères à quasiment tous les niveaux du rachis lombaire ; alors que la relation entre douleurs et atteinte mono ou bisegmentaire peut souvent être questionnée, l'accumulation de discopathie dégénérative est considérée comme un facteur aggravant les symptômes [...]. 3) Cette atteinte multisegmentaire a entraîné un déséquilibre sagittal : lorsqu'il se tient debout, Monsieur N.\_\_\_\_\_ a son centre de gravité placé beaucoup trop en avant, ce qui entraîne un déséquilibre chaque fois qu'il se tient debout et donc une surcharge musculaire compensatrice constante [...]. B.- Certaines de ces discopathies sont le lieu d'une atteinte des plateaux vertébraux adjacents connues sous le nom de « Modic I ». Ces altérations figurent parmi les rares anomalies structurelles rachidiennes que l'on ne retrouve quasiment pas chez la personne asymptomatique [...]. Elles sont généralement considérées comme des lésions inflammatoires [...] ce qui corrèle parfaitement bien avec les symptômes de Monsieur N.\_\_\_\_\_ qui décrit en particulier une longue mise en route matinale (au-dessus de 30').

A la problématique rhumatologique s'ajoute un problème pulmonaire mixte: une pneumopathie sur exposition chronique à la silicose (directement secondaire à son ancienne profession), une bronchopneumopathie chronique obstructive sur un ancien tabagisme chronique et un syndrome des apnées du sommeil sévère, appareillé depuis décembre 2011. L'anamnèse suggère que les problèmes rhumatologiques et les problèmes pneumologiques sont entrés en interaction (cercle vicieux) et ont entraîné un déconditionnement physique très important. En effet, on est frappé par un déconditionnement musculaire très important et on peut aisément penser que ces 2 problèmes se sont potentialisés au fil des mois pour conduire à l'état musculaire actuel. Ce mauvais état musculaire rend encore plus difficile la compensation du déséquilibre sagittal décrit dans le paragraphe ci-dessus (point A.2).

La pneumopathie à la silicose justifie d'une incapacité totale dans son dernier emploi (travail de la pierre (marbrier) exercé depuis l'âge de 19 ans).

Le déconditionnement musculaire, pulmonaire et la situation rhumatologique actuelle, entraînent une incapacité de travail de 50%, auxquelles s'ajoutent des limitations d'activités spécifiques (limitation du port de charges, des activités en porte-à-faux, des activités à genoux ou sur une échelle, des positions maintenues (que ce soit assis ou debout), de l'activité du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale). D'un point de vue médico-théorique, une prise en charge médicale intensive, d'une durée suffisante (au moins 6 mois) et bien coordonnée, prenant en compte tous les aspects pneumologique et locomoteurs, pourrait augmenter de 50% à 100%

la capacité professionnelle globale (cf infra C1). Il est par contre peu probable qu'elle parvienne à modifier les restrictions d'activités précédemment décrites.

Les chances de réussite d'une telle entreprise nous semblent cependant fortement limitées pour plusieurs raisons. La plus importante est sans doute l'état d'esprit dans lequel se trouve actuellement Monsieur N.\_\_\_\_\_ et les représentations qu'il a de ses maladies et leurs répercussions. Si l'on en croit le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, malgré l'efficacité partielle du programme de réentraînement effectué en 2009, il semblait y avoir à cette époque un espoir raisonnable d'amélioration progressive. Malheureusement suite à divers événements intercurrents (d'origine médicale (maladie pulmonaire puis thyroïdienne) et sociale (décision négative de l'Al quant à une incapacité partielle)), Monsieur N.\_\_\_\_\_ n'a pas poursuivi la rééducation qui lui était proposée. L'évaluation actuelle indique qu'il se trouve dans une situation d'autodépréciation de ses capacités fonctionnelles (cf rapport annexe). Or il s'agit là d'un élément fondamental fortement susceptible d'entraver toute prise en charge thérapeutique même parfaitement organisée. A ceci s'ajoute la complexité de la situation médicale, l'intensité du déconditionnement physique, psychologique et social, et la nécessité de reprendre, du moins en apparence, un traitement proche de celui qui a échoué en 2009.

## **B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. Limitations (qualitative et quantitative) en relation avec les troubles constatés**

#### **1.1. Au plan physique**

La silicose pulmonaire contre-indique totalement une activité de marbrier ainsi que toute activité professionnelle associée à l'exposition de poussières minérales.

Les affections musculosquelettiques entraînent actuellement une réduction de 50% des capacités professionnelles sous condition des restrictions suivantes:

- o Port répétitif de charges limité à 10 kg.
- o Efforts de marche limités à 15 minutes.
- o Position assise sans bouger limitée à 30'.
- o Piétinement limité à 15'.
- o Pas de travaux impliquant des flexions répétées du tronc.
- o Pas de travaux en genuflexion.
- o Pas de travaux nécessitant l'action des bras au-dessus de la ligne des épaules.

L'activité professionnelle doit en outre permettre une adaptation fréquente de la position (dont l'intensité peut varier d'un jour à l'autre, selon l'intensité des symptômes).

#### **1.2. Au plan psychique**

L'atteinte psychique actuelle n'influence pas directement la capacité professionnelle; elle a par contre très probablement un impact sur les ressources à disposition pour une reconversion.

#### **1.3. Au plan social**

Il n'y a pas d'élément social influençant directement une capacité professionnelle. Par contre le niveau d'éducation, les aspects socioculturels (absence de formation professionnelle, incapacité à écrire le français, difficultés importantes à comprendre un texte écrit

en français) ont un impact certain sur les chances de réussite d'une reconversion professionnelle.

## **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

### **2.1. Comment agissent ses troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?**

La double pathologie pulmonaire (BPCO modérée et silicose pulmonaire) entraîne actuellement une incapacité totale et définitive.

### **2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Caduque selon 5.1

### **2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore possible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?**

Caduque selon 5.1

### **2.4. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Caduque selon 5.1**

### **2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins?**

Juin 2008, au début provoqué par un syndrome radiculaire L5 droit invalidant.

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

Une incapacité totale dans la profession exercée a d'abord été due à un problème locomoteur (syndrome radiculaire). Par la suite c'est une des maladies pulmonaires (silicose) qui en est responsable. Globalement il n'y a pas eu de modification depuis octobre 2008.

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?**

Caduque selon 5.1

## **C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

**Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:**

- La possibilité de s'habituer à un rythme de travail.
- L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social.
- La mobilisation des ressources existantes. Sinon, pour quelle raison?

D'un point de vue théorique, une réadaptation professionnelle nécessiterait d'abord la mise en place d'un nouveau programme thérapeutique. Celui-ci devrait être centré sur le même concept que celui déployé en 2009 (programme de réhabilitation fonctionnelle intensive avec une prise en charge bio-psycho-sociale) mais avec quelques modifications majeures. En premier lieu, il faudrait mettre en place une phase préliminaire de préparation, axée sur 2 aspects: 1) limiter l'impact des discopathies inflammatoires (mise en route matinale) par l'introduction d'un AINS de longue durée d'action (qui soit efficace et toléré) et/ou par l'utilisation d'infiltrations

rachidiennes de dérivés cortisonés, 2) amener Monsieur N. \_\_\_\_\_ à retrouver un équilibre sagittal plus économique (musculairement parlant) à l'aide d'exercices dirigés sur le déverrouillage de l'étage lombopelvien ; en effet l'évaluation indique que Monsieur N. \_\_\_\_\_ a une marge théorique de compensation physique (pour faire face au déséquilibre sagittal secondaire aux discopathies) qui n'est actuellement pas utilisée (possibilité de rétroversion du pelvis lui permettant de mieux se redresser et d'épargner sa musculature lombaire). La phase principale devrait ensuite être répétée en y intégrant une collaboration avec la rééducation pneumologique. Elle devrait contenir un important travail sur les représentations, afin d'amener progressivement Monsieur N. \_\_\_\_\_ à redécouvrir ses propres capacités physiques et mentales. Enfin, il faudrait instaurer une phase de consolidation avec un suivi médical, psychologique et physiothérapeutique intensif pendant au moins 6 mois supplémentaires. Cette phase est nécessaire pour permettre à Monsieur N. \_\_\_\_\_ d'intégrer les bénéfices observés en salle de réentraînement dans ses activités de la vie quotidienne (phase de transfert des acquis). C'est également pendant cette phase qu'il aurait besoin d'un bilan professionnel (réorientation) et d'une réintégration progressive dans le monde professionnel.

Compte tenu de l'ensemble de la situation médicale (biologique-psychique et sociale) telle qu'observée durant cette évaluation multidisciplinaire, il nous semble peu probable que Monsieur N. \_\_\_\_\_ reprenne une activité professionnelle, même adaptée selon les critères définis en 4.1 et même à temps réduit (50%), soit sa capacité médico-théorique retenue par cette expertise. L'évolution conjuguée des nombreuses pathologies intriquées (système locomoteur, système pulmonaire, et système endocrinien) découvertes au fil des consultations médicales depuis l'arrêt de travail de juin 2008, a provoqué chez Monsieur N. \_\_\_\_\_ une altération profonde de ses représentations concernant ses propres capacités et de ses relations avec le monde extérieur. Concrètement, il ne se voit actuellement que comme un malade handicapé, incapable de fonctionner, y compris dans des tâches simples (hygiène corporelle, se déplacer, etc.) et donc à mille lieues d'avoir une capacité professionnelle. Cela se traduit par exemple par une sous-évaluation de ses capacités physiques résiduelles tel que cela a été démontré lors de l'évaluation fonctionnelle.

Dans ce contexte, l'idée d'une reconversion dans une activité professionnelle qui n'a rien à voir avec l'activité professionnelle qu'il a exercé au cours de sa vie (reconversion rendue nécessaire par la silicose pulmonaire qui contre-indique absolument la poursuite de son ancienne profession), avec tout ce que cela implique comme effort physique, psychique et social, lui semble totalement insurmontable voire hors de propos. D'un point de vue objectif, il existe de nombreux facteurs de mauvais pronostic au premier rang desquels on trouve la durée extrêmement longue (bien au-delà de 2 ans) passée hors du monde professionnel, mais également une somme de difficultés sociales (âge tardif pour une reconversion, absence de formation, très mauvaise maîtrise de la langue écrite), et un déconditionnement physique (musculaire et pneumologique) intense, qui nous obligent à être très pessimistes quand à une quelconque chance de réussite d'un plan de reconversion professionnelle.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?**

**2.1. Si oui par quelle mesure? (Par exemple mesure médicale, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail).**

NON, l'atteinte pulmonaire contre-indique absolument toute poursuite de cette activité.

**2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur l'incapacité de travail?**

Caducue vu 2.1

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?**

D'un point de vue médico-théorique, oui.

**3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?**

Selon l'évaluation réalisée, Monsieur N. \_\_\_\_\_ a une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité qui tient compte des restrictions suivantes :

- o Port répétitif de charges limité à 10 kg.
- o Efforts de marche limités à 15 minutes.
- o Position assise sans bouger limitée à 30'.
- o Piétinement limité à 15'.
- o Pas de travaux impliquant des flexions répétées du tronc.
- o Pas de travaux en genuflexion.
- o Pas de travaux nécessitant l'action des bras au-dessus de la ligne des épaules.

**3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée (par exemple heures par jour)?**

50%.

**3.3. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?**

Selon l'évaluation fonctionnelle réalisée, il faut s'attendre à une diminution de rendement d'au moins 20 à 30%.

**3.4. Si plus aucune autre activité n'est possible, si oui qu'elles en sont les raisons?**

Caducue. »

Le 18 mars 2013, l'office intimé a transmis sa prise de position, à laquelle était joint un avis du SMR du 6 mars précédent. Tout en convenant que le rapport d'expertise apparaît probant, il relève qu'il confirme l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dite capacité serait susceptible d'augmenter à 100% pour autant qu'une prise en charge médicale intensive soit menée à bien.

Aussi, la question de l'exigibilité de ladite prise en charge se pose-t-elle, bien que les experts soient réservés sur ses chances de succès.

Se déterminant dans une lettre du 27 mai 2013, le recourant considère que le rapport d'expertise satisfait pleinement aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Sur le fond, il observe – ce dont l'autorité intimée ne disconvient pas – que les experts admettent une incapacité de travail complète dans sa profession habituelle de marbrier. En ce qui concerne l'existence d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant se prévaut du rapport complémentaire du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2013, lequel estime que sa capacité de travail est nulle dans toute activité pour une durée indéterminée, compte tenu de l'atteinte respiratoire le limitant sévèrement dans toute profession impliquant un effort physique même mineur, voire des déplacements même courts et répétés. Le recourant en déduit que la liste des limitations fonctionnelles doit être complétée dans ce sens. Sur le plan psychiatrique, il souligne que la pathologie présentée n'entraîne pas à elle seule d'incapacité de travail mais qu'elle a en revanche un très probable impact sur les ressources à disposition pour une reconversion. Il fait par ailleurs valoir une baisse de rendement – au demeurant constatée lors de l'évaluation en ateliers – de 20 à 30% sur une capacité de travail résiduelle de 30% (recte : 50%), de sorte qu'il serait au mieux rentable deux jours pleins sur deux jours et demi de travail par semaine. S'agissant ensuite de la reconversion professionnelle, le recourant signale que les experts se sont montrés « très pessimistes » quant aux chances de succès d'un tel plan, eu égard à l'évolution des nombreuses pathologies intriquées qu'il présente. En outre, une reconversion professionnelle devrait être précédée d'un programme thérapeutique décrit par le Dr V. \_\_\_\_\_, dont la réussite paraît compromise par la situation médicale et personnelle du recourant. Ce dernier estime en définitive que la seule perspective réaliste est celle d'un travail en atelier protégé, l'éventualité d'un retour dans le monde de l'économie étant illusoire pour les raisons évoquées ci-avant. Le recourant estime en conséquence qu'en termes d'exigibilité, toute capacité de gain doit lui être niée.

Par lettre du 17 juin 2013 à l'office intimé, le magistrat instructeur a pris acte que ce dernier a déclaré se rallier aux conclusions de l'expertise judiciaire, convenant ainsi que la décision attaquée du 25 octobre 2011 était mal fondée. Il l'a ainsi invité à préciser ses conclusions et à indiquer son calcul du degré d'invalidité, ceci sur la base de la capacité de travail résiduelle, de la diminution de rendement et, le cas échéant de l'abattement supplémentaire qu'il estimait devoir être retenues. L'intimé a fait savoir en date du 4 juillet 2013 qu'il concluait au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, compte tenu des démarches à entreprendre.

Dans d'ultimes déterminations du 24 décembre 2013, le recourant réitère et développe les considérations exposées dans son écriture du 27 mai 2013 à propos des diverses raisons motivant à ses yeux l'inexigibilité de l'exploitation de la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue, si tant est qu'elle existe. Il en déduit que son invalidité est totale, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Cela étant, si le caractère exigible d'une activité adaptée devait néanmoins être admis, il conviendrait de tenir compte d'une capacité résiduelle de travail réelle de 35 à 40%, soit une capacité médico-théorique de 50%, avec une baisse de rendement de 20 à 30%. Il y aurait en outre lieu de tenir compte d'un abattement de 10%, en raison de son âge. Il s'ensuit que, dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 40%, le taux d'invalidité serait de 53% et de 59% dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 35% sur la base des gains avec et sans invalidité retenus par l'autorité intimée. Le droit à une demi-rente devrait donc être reconnu.

En annexe à son écriture, le conseil du recourant a fait parvenir la liste des opérations effectuées pour la période du 22 novembre 2011 au 24 décembre 2013, ce qui représente un total de 19 heures travaillées et 69 minutes, soit un solde en sa faveur de 4'067 fr. 50. Ce montant comprend les honoraires à hauteur de 3'766 fr. 20, auxquels s'ajoute la TVA au taux de 8%, par 301 fr. 30. Aucun débours n'est facturé.

Après avoir pris connaissance de l'écriture du recourant du 24 décembre 2013, l'intimé a fait savoir, en date du 20 janvier 2014, qu'il n'avait pas d'observations à formuler.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.**           En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité.

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246 ; TF 9C\_728/2012 du 31 décembre 2012 consid. 4.3).

**c)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre (TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références ; TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

**4.** Dans la décision attaquée, l'office AI s'est fondé sur l'expertise réalisée par le Dr K.\_\_\_\_\_ pour reconnaître à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Dans son recours, l'assuré s'est plaint de la

manière dont l'autorité intimée avait instruit son dossier sous l'angle médical et des conclusions qu'elle avait tirées de ses investigations. Il a donc sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, requête à laquelle l'intimé s'est rallié en proposant qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique soit administrée.

L'expertise médicale diligentée par le tribunal de céans comporte un volet pneumologique (rapport du Prof G. \_\_\_\_\_ du 5 novembre 2012 et son complément du 7 janvier 2013) et un volet psychiatrique (rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2013). S'y ajoute une évaluation des capacités fonctionnelles avec mise en situation en ateliers professionnels, réalisée à la Clinique T. \_\_\_\_\_ sous la responsabilité du Dr R. \_\_\_\_\_, rhumatologue.

**a)** S'agissant de la capacité de travail dans l'activité de marbrier exercée par le recourant avant son atteinte à la santé, les experts retiennent que ce dernier présente, en raison d'une silicose pulmonaire, une incapacité totale de travail dans cette profession ainsi que dans toute activité associée à l'exposition de poussières minérales. L'office intimé n'en disconvient pas. Le Prof. G. \_\_\_\_\_ précise que l'atteinte respiratoire limite sévèrement l'assuré dans toute activité nécessitant un effort physique, même mineur, et/ou des déplacements répétés, fussent-ils courts. A cette limitation d'origine respiratoire, s'ajoutent les douleurs causées par les sciatalgies et les dorso-lombalgies qui excluent selon lui toute capacité résiduelle de travail. Il n'écarte cependant pas la reprise éventuelle d'une activité professionnelle, pour autant que les facteurs rhumatologique et pneumologique le permettent. Quant à l'état psychique, le Dr S. \_\_\_\_\_ estime qu'il n'est pas la cause principale de l'arrêt de travail, celui-ci étant bien plutôt imputable aux douleurs physiques ressenties par l'assuré. Ainsi, l'expert psychiatre considère qu'en lui-même, le trouble dépressif majeur, d'intensité moyenne, diagnostiqué chez l'assuré, ne fait pas obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle, à la condition que celle-ci ne conduise pas à l'apparition de douleurs physiques.

**b)** Une évaluation interdisciplinaire, incluant une appréciation des capacités fonctionnelles avec observation en ateliers professionnels, a été effectuée du 22 au 24 octobre 2012 à la Clinique T.\_\_\_\_\_. Sur la base de l'étude du dossier, du bilan médical, des performances réalisées au cours des tests et du comportement adopté par l'assuré en situation de travail, les évaluateurs concluent que l'intéressé dispose de ressources physiques lui permettant de s'impliquer dans un emploi rémunéré respectant diverses limitations fonctionnelles. Celles-ci ont été reformulées et systématisées par les experts, qui considèrent par ailleurs que le déconditionnement musculaire, pulmonaire et la situation rhumatologique de l'assuré entraînent une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à son état de santé. Ils en déduisent donc une capacité de travail médico-théorique de 50%, avec une diminution de rendement d'au moins 20 à 30% selon les constatations opérées à la Clinique T.\_\_\_\_\_. D'un point de vue médico-théorique, les experts admettent cependant qu'une prise en charge médicale intensive, d'une durée suffisante (soit de six mois au minimum), et bien coordonnée, prenant en compte tous les aspects pneumologique et locomoteurs pourrait augmenter de 50 à 100% la capacité professionnelle globale. Ils estiment en revanche qu'il est peu probable qu'elle parvienne à modifier les restrictions d'activités telles qu'énoncées.

**c)** Cela étant, la réadaptation professionnelle du recourant impliquerait que celui-ci se soumette à un objectif thérapeutique, similaire à celui déployé en 2009. Conçu alors comme étant un « programme de réhabilitation fonctionnelle intensive avec une prise en charge bio-psycho-sociale », des modifications devraient lui être apportées. Il s'agirait surtout de limiter l'impact des discopathies inflammatoires en y intégrant une rééducation pneumologique. Le but serait d'amener l'assuré « à redécouvrir ses propres capacités physiques et mentales ». Il conviendrait enfin d'instaurer une phase de consolidation avec un suivi médical, psychologique et physiothérapeutique intensif pendant au moins six mois supplémentaires. Selon les experts, cette phase serait nécessaire pour permettre à l'assuré d'intégrer les bénéfices observés en salle de réentraînement dans ses activités de la vie quotidienne (phase de

transfert des acquis). C'est également à ce stade qu'il aurait besoin d'un bilan professionnel (réorientation) et d'une réintégration progressive dans le monde professionnel.

Cependant, les évaluateurs de la Clinique T.\_\_\_\_\_ se montrent très réservés quant à une éventuelle reprise de l'activité professionnelle en raison de la durée de l'incapacité de travail (attestée chez le recourant depuis le mois de juin 2008) et un processus d'invalidation apparaissant déjà très structuré. Ils en infèrent un déconditionnement professionnel réel. Ils relèvent par ailleurs que la vie personnelle s'est organisée progressivement autour des limitations fonctionnelles annoncées. Les experts se font l'écho de cet avis dans leur rapport de synthèse, estimant que, compte tenu de la situation médicale au sens large (biologique, psychique et sociale), qui est celle de l'assuré, il est peu probable que celui-ci reprenne l'exercice d'une activité lucrative. En effet, l'évolution conjuguée de nombreuses pathologies intriquées (système locomoteur, système pulmonaire et système endocrinien) a provoqué chez l'assuré une altération profonde de ses représentations concernant ses propres capacités et de ses relations avec le monde extérieur. Concrètement, il ne se voit que comme un malade handicapé, incapable de fonctionner, y compris dans des tâches simples (hygiène corporelle, se déplacer, etc.). Cela se traduit par exemple par une sous-évaluation de ses capacités physiques résiduelles, tel que cela a été démontré lors de l'évaluation fonctionnelle. D'un point de vue objectif, il existe de surcroît de nombreux facteurs de mauvais pronostic au rang desquels on trouve la durée extrêmement longue (notamment supérieure à deux ans) passée hors du monde professionnel, mais également une somme de difficultés sociales (âge tardif pour une reconversion, absence de formation, très mauvaise maîtrise de la langue écrite), et un déconditionnement physique (musculaire et pneumologique) intense. Il s'ensuit que les experts se montrent très pessimistes « quant à une quelconque chance de réussite d'un plan de reconversion professionnelle ».

**d)** Le point de vue des experts doit être suivi. Il apparaît en effet que la capacité de travail reconnue par les experts, soit 50% avec une diminution de rendement de 20 à 30%, soit une capacité résiduelle de 35 à 40%, implique qu'elle puisse être mise en œuvre sans difficultés excessives dans le marché du travail entrant en considération pour l'assuré. Or, tel ne saurait être le cas au regard de l'ensemble des circonstances exposées ci-avant. En effet, la réadaptation impliquant un programme thérapeutique très lourd et les ressources psychiques de l'assuré faisant défaut, il y a lieu de retenir que la reprise d'un travail dans l'économie est irréaliste, compte tenu notamment d'un processus d'invalidation déjà très structuré, de l'âge, des moyens physiques et du contexte social de l'assuré. Au demeurant, les chances de succès de ces mesures (phase préliminaire de préparation axée sur la limitation de l'impact des discopathies et la restauration d'un équilibre sagittal ; phase principale de rééducation pneumologique ; phase de consolidation avec suivi médical, psychologique et physiothérapeutique intensif ; bilan professionnel et réintégration progressive dans le monde du travail) ne laissent pas d'être fort douteuses en l'état. De fait, le recourant n'est pas en mesure d'offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés, qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Ainsi, les concessions démesurées qui seraient demandées à un éventuel employeur rendent l'exercice d'une activité lucrative incompatible avec les exigences actuelles du monde économique. En conséquence, il convient de conclure à l'inexigibilité de la capacité résiduelle de 50% en raison de son caractère par trop hypothétique (nécessité d'un reconditionnement au long cours, consolidation psychique nécessaire, apprentissage concret d'une formation).

**e)** Il découle de ce qui précède qu'il y a lieu d'admettre que le recourant présente une incapacité de travail totale dans toute activité. Il

sied en outre de relever que le rapport d'expertise des médecins de l'Hôpital D.\_\_\_\_\_ tel que complété par ses diverses annexes satisfait à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir conférer pleine valeur probante (cf. consid. 3d supra). Particulièrement complet et nuancé quant à l'approche d'un cas complexe dans sa globalité, de surcroît, étayé par un rapport d'évaluation fonctionnelle de la Clinique T.\_\_\_\_\_, ce rapport est clairement motivé et, partant, pleinement probant, ce que l'office intimé ne conteste d'ailleurs pas. Le dossier constitué ne fait par ailleurs état d'aucun élément concret qui aurait été ignoré par les experts. En résumé, en dressant un bilan complet et convaincant des pathologies présentées par l'assuré avec une discussion circonstanciée quant à leurs répercussions en termes d'exigibilité, l'expertise judiciaire permet à la Cour de céans de trancher le litige en toute connaissance de cause, de sorte qu'un renvoi à l'office intimé ne se justifie pas.

**5.** Selon 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) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Dans le cas présent, on retiendra, selon le décompte d'indemnité journalière du 4 juin 2009, la date du 18 juin 2008 comme étant celle à partir de laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail fluctuant entre 50 et 100%. Cette date marque ainsi le début du délai de carence d'une année, lequel échoit par conséquent le 18 juin 2009. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Le formulaire de demande de prestations ayant été signé par l'assuré le 12 juillet 2009, le droit à une rente prend donc naissance au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**6.** En définitive, le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise en ce que sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**7. a)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont à compter du 21 novembre 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 27 décembre 2013, Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 19 heures et 69 minutes au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoute la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 4'067 fr. 50 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération 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). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**b)** Ayant procédé par l'intermédiaire d'une mandataire professionnelle, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 3'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPG, 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Il sera encore précisé que l'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Dupont au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 25 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que N. \_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.
- 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 à Me Anne-Sylvie Dupont une indemnité de dépens de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs).
- V. Les dépens sont complétés par une indemnité d'office de 4'067 fr. 50 (quatre mille soixante-sept francs et cinquante centimes), TVA comprise, allouée à Me Anne-Sylvie Dupont, conseil du recourant.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

**VII.** L'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Dupont au titre de l'assistance judiciaire.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :