

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Pasche et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

F. _____, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Lise-Marie Gonzalez Pennec, avocate à Vevey,

et

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

Art. 6, 7, 8, 43, 44 LPGA, art. 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1976, titulaire d'un CFC de boulanger et d'un CFC de vendeur, a travaillé comme vendeur magasinier auprès de [...], puis du 1^{er} septembre 2008 au 31 mars 2009 comme préparateur de commandes chez [...]. Le 11 août 2009, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). Il a déclaré être totalement incapable de travailler depuis le mois de janvier 2009, en raison d'arthrose et de cervicalgies.

Dans un rapport médical du 19 juillet 2009 adressé à l'assureur perte de gain de F._____, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques et algies du membre supérieur droit sur uncarthrose C5-C6 à droite, ainsi que d'état dépressif réactionnel, depuis janvier 2009. Les douleurs aux cervicales et au membre supérieur droit avaient persisté malgré un traitement antalgique, de physiothérapie et des injections facettaires. Elles étaient actuellement en aggravation. Selon le Dr D._____, l'assuré était en incapacité de travail depuis le 13 janvier 2009; l'exercice d'une autre activité ne pouvait actuellement pas être raisonnablement exigée et pour le moment, l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.

Le Dr D._____ a joint à son envoi un rapport médical du 2 février 2009 du Dr M._____, spécialiste en chiropratique, expliquant que l'assuré s'était adressé à la fin de la première semaine de janvier 2009 aux urgences de l'Hôpital [...], pour des douleurs aiguës de la région cervico-dorsale associées à des maux de tête, symptomatologie apparue sans étiologie reconnue. Un traitement lui avait été prescrit mais la reprise du travail s'était soldée par un échec. Le Dr M._____ avait constaté les séquelles d'une forme atypique de torticolis. L'examen clinique était pauvre et ne révélait rien de particulier hormis des contractures

musculaires. Les clichés de la nuque mettaient en évidence de discrets troubles statiques sous forme d'un effacement de la lordose physiologique en l'absence de pathologie significative. Le Dr M._____ expliquait que la thérapie manuelle instaurée afin de restaurer une bonne mobilité de l'ensemble de la ceinture cervico-dorso-scapulaire l'avait améliorée dans un premier temps. Objectivement, il notait une nette détente de la musculature et la mobilité était bonne compte tenu du gabarit. Subjectivement toutefois, les plaintes perduraient et l'assuré rechignait à reprendre son activité, dès que le médecin en évoquait la perspective.

Le Dr D._____ a également joint à son envoi à l'assureur perte de gain un rapport médical du 17 mars 2009 que lui avait adressé le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie et traitement interventionnel de la douleur, médecin au Centre [...], relevant que l'assuré souffrait de cervicalgies, douleurs interscapulaires et brachialgies droites localisées plutôt en C6, avec paresthésies. Les rayons x et l'IRM montraient une petite uncarthrose C5-C6 à droite. Une opération n'entraîne pas en ligne de compte et il proposait d'effectuer des blocs facettaires C5-C6.

Dans un rapport médical du 20 août 2009 adressé à l'OAI, la Dresse H._____, spécialiste en neurochirurgie et traitement interventionnel de la douleur, médecin au Centre [...], a indiqué que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50%, et de 75% dans une activité adaptée compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: port de charges limité à 5 kg au maximum, pas de port de charges répété de plus de 20 kg, position assise continue limitée à 2 heures et position statique debout limitée à 2 heures. Selon la spécialiste, un examen par le médecin-conseil de l'AI semblait par ailleurs indispensable.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2009 à l'OAI, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies à droite, chroniques, avec paresthésie C6 sur uncarthrose C5-C6 droite depuis le mois de janvier 2009 et d'obésité morbide. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics d'état dépressif réactionnel léger, hypercholestérolémie limite, status

après entorses des chevilles à répétition, status après entorse du genou gauche en 2005 et status après dermo-hypodermite du membre inférieur gauche en août 2008. Il relevait que le neurochirurgien avait été recontacté pour discuter d'un nouveau bloc facettaire au niveau cervical et que la procédure pour la pose d'un by-pass gastrique avait été envisagée. Selon le Dr D._____, l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 13 janvier 2009, compte tenu de son importante obésité et de ses douleurs cervicales qui lui causaient des difficultés à se mouvoir et porter des charges légères. Il relevait que les blocs facettaires pourraient améliorer la situation. Par ailleurs, la perte pondérale qui résulterait de la pose du by-pass - laquelle pourrait être envisagée d'ici quelques mois - pourrait améliorer la mobilité de son patient et diminuer les douleurs articulaires. Concernant la réadaptation professionnelle, une activité sans port de charges lourdes pourrait être envisagée ultérieurement, par exemple, une activité comme éleveur de maître-chien. Ce médecin a encore indiqué qu'une activité adaptée consisterait en une activité sans port de charge et ne nécessitant pas un effort soutenu en position assise ou debout prolongée.

Par communication du 10 novembre 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement en raison de l'absence de stabilisation de son état de santé.

Sur demande de l'OAI, le Dr D._____ lui a transmis un rapport médical du 20 janvier 2010 sur l'évolution de la situation de son patient, dans lequel il a expliqué que ce dernier était toujours en incapacité totale de travailler. Il présentait toujours des cervico-brachialgies droites qui résistaient au traitement conservateur et qui ne s'étaient que partiellement améliorées. Son patient se plaignait d'une recrudescence des douleurs au moindre effort. De nouvelles infiltrations n'avaient pas pu être effectuées, aucun accès aux veines n'étant possible en ce moment compte tenu de l'obésité. A cet égard, son patient était pris en charge au [...] et la pose d'un by-pass serait possible probablement au courant de l'année 2010. Cette opération devrait permettre de diminuer les cervico-brachialgies et d'éviter une opération cervicale.

Par avis médical du 14 avril 2010, le Dr S._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a noté que la situation n'était toujours stabilisée et qu'il faudrait évaluer, après la pose du by-pass gastrique, l'influence de la perte de poids sur les cervicalgies et les limitations fonctionnelles.

Dans un rapport médical du 7 septembre 2010 à l'OAI, les Drs X._____, et Q._____, respectivement spécialiste en endocrinologie diabétologie et médecin assistant, ont posé comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une obésité de classe III (BMI: 57 kg/m²) progressivement depuis l'âge de 18 ans. Ils ont également diagnostiqué des cervicalgies dans le contexte d'un canal étroit, depuis janvier 2009, sans effet sur la capacité de travail. Ils ont indiqué qu'un by-pass gastrique avait été posé le 31 août 2010. Selon les médecins, la perte pondérale qui devait s'en suivre devrait s'accompagner d'une augmentation de la mobilité de l'assuré. Ce dernier présentait une importante limitation dans ses mouvements et une fatigabilité importante en raison de son obésité morbide. L'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, probablement 6 à 9 mois après la pose du by-pass gastrique, ce qui devrait être évalué en fonction de la perte pondérale.

Dans un rapport médical du 3 février 2011 à l'OAI, complété à la demande de ce dernier, le Dr D._____ a indiqué ce qui suit:

"1. Status actuel

Le poids du patient a passé de 185 kg à 152 kg, avec une légère diminution de ses cervico-brachialgies droites. Il a ainsi pu reconduire son automobile, ce qu'il ne faisait plus depuis de nombreux mois. Sur le plan neurologique, le status est assez inchangé et le patient bénéficiera prochainement d'une nouvelle IRM cervicale avec évaluation par le centre de la douleur et proposition thérapeutique. Il existe toujours une algie et hypoesthésie C6 à droite.

2. L'état est-il stabilisé?

Oui, depuis quelques semaines le patient note une amélioration de ses cervico-brachialgies droites.

3. La perte pondérale a-t-elle eu une influence positive recherchée du point-de-vue de ses cervicalgies notamment?

Oui. Ceci a eu une répercussion positive sur ses douleurs, le patient présentant moins de cervico-brachialgies, ayant pu reprendre la conduite automobile ainsi que des activités physiques légères. Il arrive à s'habiller maintenant seul sans trop de douleurs.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles précises?

Le patient peine à porter des charges et à solliciter son haut du corps, ceci provoquant une recrudescence de ses douleurs. Dans les activités légères de type hygiène corporelle ou conduite automobile, Monsieur F. _____ a noté une amélioration puisqu'il arrive maintenant à utiliser à nouveau sa voiture.

5. Evolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle de préparateur de commandes, date et taux.

Actuellement, je pense que cette capacité est encore de 0% compte tenu des efforts physiques que nécessite cette activité et le port de charges lourdes. Ceci est donc le cas depuis maintenant deux ans.

6. Evolution de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations ci-dessus

Cette capacité de travail pourrait être de 50% dans une activité sans contrainte physique de type maître-chien ou dans des tâches plus administratives.

(...)"

Par avis médical du 1^{er} mars 2011, le Dr S. _____ a estimé qu'à la suite de la pose du by-pass gastrique, l'évolution était satisfaisante et l'évolution clinique stable. Vu que l'assuré n'avait pas travaillé depuis deux ans et que le médecin traitant considérait que la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être de 50%, des mesures de réinsertion devaient être mises en place et la capacité de travail serait délimitée à l'issue de celles-ci.

Par communication du 15 juillet 2011, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge un stage d'observation et d'évaluation auprès du centre de formation [...], en section [...], du 8 août 2011 au 5 novembre 2011. Le 5 août 2011, l'OAI a toutefois écrit au centre [...] l'informant que l'assuré était empêché de débiter la mesure pour raisons médicales (opération du nez) et qu'il n'était pas possible pour le moment de convenir d'une nouvelle date d'entrée dans ce centre.

Il ressort d'une note de suivi de l'OAI relative à un entretien téléphonique avec l'assuré que l'intervention chirurgicale du mois d'août s'était bien déroulée, mais que de nouveaux problèmes de santé avaient

surgis (problèmes de dos) et que l'assuré était dans l'incapacité de mettre en œuvre quoi que ce soit, de sorte que la mesure prévue à l'[...] était ajournée.

Dans un rapport médical du 26 novembre 2011 à l'OAI, le Dr D. _____ a écrit ce qui suit:

"Afin de compléter le dossier du patient sus-nommé, je me permets de vous donner quelques éléments de son évolution. En effet, M. F. _____ n'a pas pu se rendre aux stages de réinsertion prévus par l'AI, ayant dû se faire opérer d'une déviation importante de la cloison nasale en août 2011 par le Dr [...] à Montreux.

1. Sur le plan du poids, M. F. _____ a baissé son poids pour atteindre 150 kg, mais n'a pas pu descendre plus bas pour l'instant. En plus, on constate ces derniers temps une reprise pondérale puisque le dernier poids était de 158 kg. Il existe probablement des grignotages dans le cadre d'un trouble du comportement alimentaire que le patient n'arrive pas à identifier et à verbaliser à ses différents thérapeutes. Suite au By-pass, on note aussi une déficience en vitamine B12 qui est actuellement substituée. Cette obésité morbide l'handicape fortement dans les activités quotidiennes comme se mouvoir et se laver.

2. Du point de vue ostéo-articulaire, l'évolution est peu favorable puisque le patient note une aggravation de ses douleurs du rachis, qui touchent surtout la colonne cervicale et lombaire. Ces douleurs irradient parfois dans les bras ou les omoplates, sont à type de décharge électrique et entraînent parfois des sensations de blocage, le patient devant alors cesser des activités banales comme laver la vaisselle ou conduire la voiture. Dans ces situations il a également besoin d'une aide pour la douche. Sous traitement de [...], les douleurs sont difficilement supportables, ne s'atténuant qu'après plusieurs jours. Actuellement, et sur conseil du Dr [...] du centre de la douleur de [...], le patient est sous [...] 120 mg/j à but antalgique et ceci n'a eu qu'un effet partiel sur la douleur. Une proposition de nouvelle infiltration rachidienne a été faite au patient qui n'a pas souhaité prendre ce risque vu le peu d'amélioration durable après les deux premières infiltrations.

3. Sur le plan psychiatrique, on note l'apparition d'un état dépressif avec idées noires, dévalorisation, troubles du sommeil, repli sur soi et anhédonie. Le traitement de [...] a également été introduit dans ce but avec une amélioration modérée des symptômes. M. F. _____ vit seul avec sa mère, dont il est très proche, suite au décès du père il y a quelques années. Il peine à s'émanciper d'elle alors que celle-ci présente des problèmes de santé récurrents. Ceci génère probablement beaucoup d'angoisse chez lui sans que cela ne soit conscientisé et verbalisé par le patient. Une activité en dehors du lieu de domicile risquerait, à mon avis, d'augmenter les symptômes d'anxiété. Une proposition d'évaluation psychiatrique a été faite à M. F. _____ qui ne le souhaite pas actuellement.

En conclusion de ce qui précède, une réadaptation puis une reprise d'une activité professionnelle me paraissent, en l'état, très compromises. Il me semble qu'une rente AI serait plus adaptée à sa

situation, son incapacité de travail étant de 100% depuis janvier 2009 sans amélioration notable malgré les nombreuses démarches entreprises.

(...)".

Par avis médical du 9 janvier 2012, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a proposé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR ou une expertise.

Le 9 février 2012, l'assuré s'est soumis à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR, réalisé par les Dresses E._____, spécialiste en médecine interne générale, et Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 25 avril 2012, elles ont retenu les diagnostics avec effet durable sur la capacité de travail de rachialgies dorsolombaires dans le contexte d'un léger trouble statique et de dysbalances musculaires (M51.3), ainsi que de cervico-scapulalgies bilatérales avec fourmillements des deux bras dans le contexte d'un léger trouble statique et d'une uncarthrose C5-C6 (M53.1). Elles ont en outre retenus les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), status post correction des cloisons nasales en 2011, status post plusieurs distorsions des chevilles et du genou gauche et obésité morbide avec status post by-pass en 2010. Elles ont encore noté ce qui suit au titre de l'appréciation du cas:

"Ce jeune assuré présente donc des rachialgies qui ont commencé au niveau cervical il y a 5 ou 6 ans sans faux mouvement ou accident et qui se sont étendues tout au long du rachis jusqu'aux lombaires. Les douleurs ne sont pas spécifiquement de type mécanique ou inflammatoire, elles peuvent arriver à n'importe quel moment et dans n'importe quelle activité ou position. Les examens approfondis n'ont pas permis d'expliquer l'étendue et l'intensité de ces douleurs, l'IRM cervicale ne montre qu'une petite uncarthrose C5-C6. Les traitements médicamenteux et par infiltrations ainsi que la chiropraxie n'ont subjectivement rien apporté, l'assuré se plaint toujours des mêmes douleurs. Il se considère donc incapable de reprendre une quelconque activité et vise clairement l'octroi d'une rente. Il est soutenu dans cette intention par son médecin traitant.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de grande taille, obèse, en bon état général. Le status de la médecine générale est sinon dans les limites de la norme.

Le status ostéoarticulaire met en évidence un trouble de la statique rachidienne avec la tendance à se pencher en avant et une proéminence abdominale. La mobilité globale active est restreinte à cause des douleurs. On mesure une distance doigt-sol de 33 cm, une distance doigt-orteil en position assise de 11 cm et des index de Schober de 30/32,5 cm respectivement 10/14 c; la lordose persiste, l'assuré ne va visiblement pas jusqu'au bout de ses possibilités. La musculature n'est pas tendue (du moins ce qu'on peut parler sous la couche adipeuse) mais toute la région rachidienne et paravertébrale est sensible à la palpation, tout le rachis aussi à la percussion.

Concernant les articulations périphériques, on note une diminution de l'abduction active des épaules à cause des douleurs ainsi qu'une limitation de la mobilité des hanches en rapport avec les douleurs lombaires. Il n'y a pas de signe en faveur d'une atteinte de la coiffe des rotateurs, d'une atteinte dégénérative significative ou inflammatoire. On trouve des douleurs à la palpation de la ceinture scapulaire, d'une façon plutôt diffuse, ainsi que du bassin et dans le creux poplité.

Le status neurologique est dans les limites de la norme si l'on fait abstraction d'un trouble de la sensibilité superficielle non anatomique touchant la main, la jambe, le dos et légèrement la partie postérieure du bras, toujours à gauche. On note un pseudo-Laségue de 60° ddc [des deux côtés], l'absence du signe du trépied et l'absence d'un déficit sensitivo-moteur radiculaire. Les signes comportementaux en faveur d'un processus non organique sont présents (3/5 selon Waddell).

Le dossier radiologique comporte une radiographie et une IRM cervicale qui ne montrent aucune atteinte dégénérative des disques intervertébraux ou une hernie discale; par contre, une petite uncarthrose distale un peu plus marquée à droite, sans aucun signe de compression d'une racine ou de la moelle épinière. Les radiographies dorso-lombaires demandées en plus mettent en évidence une légère scoliose en S et une rectitude lombaire. On note des séquelles d'une maladie de Scheuermann dorsale et des modifications dégénératives relativement avancées pour l'âge touchant toute la colonne lombaire. Les hanches sont conservées.

En résumé, cet assuré présente des rachialgies diffuses subjectivement invalidantes qui s'expliquent partiellement par un trouble statique et des discopathies lombaires. S'y ajoutent l'obésité toujours marquée et le manque d'activité physique qui sont cependant théoriquement réversibles. Les atteintes structurelles ne justifient pas une incapacité de travail dans toute activité, et on ne peut donc pas s'aligner à l'opinion du médecin traitant, surtout qu'on ne trouve pas de raison pour laquelle l'assuré devrait régulièrement se coucher. Par contre, il y a des limitations fonctionnelles définies par le problème rachidien diminuant l'exigibilité dans l'activité habituelle à 50%. Dans une activité adaptée on peut exiger un temps de présence complet avec éventuellement une diminution du rendement de l'ordre de 10% dû à la nécessité de changer régulièrement de position.

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, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Le diagnostic d'état dépressif retenu par son médecin traitant dans son rapport médical du 25 novembre 2011 n'a pas été objectivé. Il est possible que l'assuré ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle, d'accompagnement de ses douleurs sans incidence sur la capacité de travail ou simplement une humeur dépressive qui actuellement est en rémission complète.

Anamnestiquement, l'assuré nie les troubles du comportement alimentaire en attestant qu'il mange seulement deux fois par jour et qu'il ne grignote pas.

Monsieur F._____ présente des symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par son état psychique dans le cadre d'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, pathologie psychiatrique sans incidence sur la capacité de travail. Ce diagnostic n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, d'un état psychique cristallisé ou profit de la maladie, perte d'intégration sociale et, selon la jurisprudence actuelle les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Sur la base de notre observation clinique, notre assuré ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique incapacitante et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

Du point de vue ostéoarticulaire: éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation- flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie et agenouillé. Port de charges limité à 10 kg occasionnellement, 5 kg de façon répétitive. Pas de travail au-delà de l'horizontale. Pas de travail à la chaîne ni sur machines vibrantes.

Il n'y a *pas de limitations fonctionnelles psychiatriques* incapacitantes.

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

Depuis le 13.01.2009 (rapport médical du Dr Didier D._____ du 01.10.2009).

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

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

L'assuré n'a repris aucune activité professionnelle et n'est même pas entré dans la mesure de réinsertion.

Sur la base de l'anamnèse, le status clinique et les radiographies, on peut admettre que la profession de boulanger et vendeur est difficilement exigible à 100% par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, la capacité de travail est entière et ceci dès le début des douleurs.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle comme boulanger: 50%

Dans une activité adaptée: 90%

Depuis février 2009".

Il ressort d'une note de suivi du 4 juin 2012 complétée par l'OAI, relative à un entretien avec l'assuré, que l'assuré s'était présenté à l'OAI avec le poignet gauche bandé, à la suite d'une chute à domicile déclenchée selon lui par une décharge électrique au niveau de son dos, qui l'a subitement laissé comme paralysé et qui l'a fait chuter. En raison de cette atteinte, l'assuré disait ne plus avoir de vie sociale, craignant que ces symptômes ne se déclenchent n'importe où. Il a déclaré avoir décrit ce phénomène de décharge électrique lors de l'examen clinique au SMR, mais que comme ce jour là il se sentait bien, il imagine que cela a pu fausser l'examen. L'OAI était d'avis qu'une mesure d'observation médicalisée au Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI) s'imposait pour connaître la capacité de travail de l'assuré.

L'OAI a par la suite communiqué à l'assuré, le 11 juillet 2012, qu'il prenait en charge un stage d'évaluation au COPAI [...] du 13 août 2012 au 7 septembre 2012. Le jour du début de la mesure, l'assuré a appelé son conseiller en réadaptation de l'OAI pour lui faire savoir qu'il n'était pas en mesure de se rendre au COPAI ayant fait une chute pendant la nuit. Il a expliqué avoir vécu les dernières semaines plusieurs incidents de la sorte, et qu'il craignait désormais de quitter son domicile. Sur demande de l'OAI, l'assuré a transmis un certificat médical du Dr D._____, daté du 5 septembre 2012. Il en ressort que l'assuré n'avait pu se rendre au stage pour des raisons médicales, victime d'une chute la nuit du 12 août qui avait provoqué une contusion de l'épaule gauche et nécessité un suivi par le médecin. L'évolution était favorable, néanmoins l'assuré continuait de souffrir de cervico-dorso-lombalgies, parfois sous forme de décharges électriques qui rendaient les activités de la vie quotidienne ou les déplacements difficiles à effectuer.

Par projet de décision du 7 décembre 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une mesure de reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité, en raison d'un taux d'invalidité inférieur à 5% (revenu sans invalidité de 58'866 fr. et revenu avec invalidité de 56'327 fr.). S'agissant de la réadaptation, l'OAI a retenu que toute démarche de reclassement était illusoire sans sa collaboration, mentionnant toutefois que l'octroi d'une

aide au placement restait envisageable afin de le soutenir dans ses recherches d'emploi.

L'assuré a fait valoir des objections à ce projet de décision le 8 janvier 2013, expliquant qu'il avait de plus en plus de peine à se déplacer, car il chutait régulièrement à cause de décharges électriques dans le dos, qu'il avait besoin d'aide pour réaliser les actes de la vie quotidiennes, et que tout ceci affectait son moral. Il était dès lors incapable d'avoir une activité quotidienne et de travailler.

L'OAI lui a répondu, par courrier du 14 janvier 2013, que l'évaluation de sa capacité de travail médico-théorique avait fait suite à une expertise récente, ayant pleine valeur probante et que son courrier n'apportait aucun élément nouveau, de sorte que d'autres mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires.

Par décision du 4 février 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. Par acte du 25 février 2013, F. _____ a formé recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation, en reprenant les objections formulées devant l'OAI le 8 janvier 2013, précisant que son état de santé avait évolué négativement depuis l'examen clinique du SMR du mois de février 2012 et se référant à des examens dernièrement effectués par le Dr D. _____.

Par réponse du 25 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant au rapport d'examen du SMR du 25 avril 2012, dont il ressortait que la capacité de travail du recourant était de 100% avec une diminution de rendement de 10% et qui avait, selon l'OAI, pleine valeur probante.

Dans sa réplique du 21 août 2013, le recourant, par son avocate, a précisé ses conclusions, en concluant principalement à la

réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010 et subsidiairement à son annulation et mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer son taux d'invalidité. A l'appui de cette dernière conclusion, il a fait valoir que son état de santé s'était péjoré depuis l'examen clinique du SMR du 9 février 2012, car il présentait depuis des épisodes de douleurs fulgurantes sous forme de décharges électriques dans le rachis qui entraînaient des chutes à répétition. Il demandait dès lors que des investigations complémentaires soient effectuées au sujet de ces décharges électriques. Il reprochait également à l'OAI de ne pas avoir évalué les répercussions de son obésité sur sa capacité de travail. Dès lors, selon le recourant, une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et tenant compte de son obésité, réalisée par un médecin indépendant s'avérait nécessaire. A l'appui de sa réplique, le recourant a produit un rapport médical du Dr D. _____ du 23 juin 2013 dans lequel ce médecin explique qu'une IRM de la colonne dorso-lombaire a été effectuée en novembre 2012 et a démontré des troubles de type dégénératif de la colonne médio-dorsale et de toute la colonne lombaire dans le cadre du surpoids, avec une arthrose facettaire prédominant au niveau de la 5^{ème} et 6^{ème} vertèbre dorsale. La proposition a été faite à son patient de reprendre contact avec la division d'obésité pour qu'il puisse à nouveau perdre du poids ainsi que de l'hospitaliser trois semaines à l'unité du rachis du Centre hospitalier [...], ce qu'il a pour l'instant refusé. Une nouvelle IRM du rachis devait être effectuée en septembre 2013 pour juger de l'évolution des répercussions de l'arthrose sur un rétrécissement canalaire ou des trous de conjugaison. Sur le plan psychiatrique, le Dr D. _____ expliquait que son patient a eu tendance à se replier sur lui-même, à se retirer socialement, avec un sentiment de dévalorisation, des pleurs occasionnels et une certaine perte de plaisir dans les activités quotidiennes. Le découragement s'est également manifesté par le fait qu'il ne voulait plus consulter, à certains moments, les centres de la douleur, la consultation d'obésité ou les spécialistes du rachis. Actuellement et dans ces conditions, le Dr D. _____ était d'avis que la reprise d'une activité professionnelle, même légère, n'était pas possible.

Dans sa duplique du 9 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, en produisant un avis médical du Dr [...] du SMR auquel le rapport du Dr D._____ du 23 juin 2013 avait été soumis. Selon l'OAI, il ressortait de cet avis médical que l'état de santé ne s'était pas objectivement aggravé depuis l'examen clinique réalisé le 9 février 2012 au SMR. Cet avis médical, du 5 septembre 2013, est rédigé en ces termes:

"(...)

L'évolution depuis novembre 2011 est qualifiée [par le Dr D._____] de peu favorable en raison d'une prise pondérale qui aurait aggravé les douleurs rachidiennes et des genoux. Il évoque des "douleurs fulgurantes à type de décharge électrique de tout le rachis qui entraînent des chutes à répétition", à l'origine d'entorses et de contusions.

Les examens d'imagerie ont montré des troubles dégénératifs rachidiens étagés.

Le Dr D._____ mentionne encore des symptômes dépressifs qui n'ont, à première vue, pas fait l'objet d'un traitement.

Le médecin conclut à une incapacité de travail dans toute activité même légère.

En relisant le rapport d'examen au SMR du 25.4.2012, on s'aperçoit que la symptomatologie n'a que peu varié. On signale déjà les décharges électriques rachidiennes "comme un coup de taser", les pertes d'équilibre et les chutes sur les genoux ou à plat ventre. Les rachialgies sont très précisément décrites au niveau cervical et lombaire. Les douleurs du genou gauche sont mentionnées.

J'observe aussi que le Dr D._____ parle de troubles dépressifs depuis 2009, de même qu'il atteste une incapacité de travail depuis 2009. L'examen psychiatrique d'avril 2012 ne montrait pas de pathologie psychiatrique incapacitante. On peut aussi s'étonner que le Dr D._____ n'a pas jugé nécessaire d'introduire un anti-dépresseur, ni de solliciter un consilium spécialisé, quand bien même les symptômes dépressifs seraient préoccupants.

Au vu de ce qui précède, nous pensons que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas objectivement aggravé depuis l'examen au SMR. Toutefois, nous savons aussi que les juges n'accorderont pas de valeur à nos arguments, arguant du fait que nous ne pouvons pas avoir un avis différent de celui du médecin traitant sans avoir vu l'assuré. Dans ces conditions, et au mépris du principe d'économicité, nous requérons une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neurologique (pour les décharges électriques)".

Le 6 novembre 2013, le recourant, par son conseil, Me Vanessa Egli, a maintenu ses conclusions prises dans sa réplique du 21 août 2013, insistant sur la nécessité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire par un médecin indépendant de l'OAI, faisant valoir qu'un

nouvel IRM avait été effectué récemment, dont le Dr D._____ lui avait communiqué oralement les résultats le 28 octobre 2013. Il en ressortait, selon le recourant, que l'arthrose et la calcification avaient augmenté depuis le dernier IRM datant de novembre 2012, ce qui signifiait que son état de santé continuait d'évoluer négativement. Cette détermination a été communiquée à l'intimé le 8 novembre 2013.

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 la loi sur l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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, ce qui est le cas des décisions en matière de d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI), sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail à laquelle a procédé l'intimé.

3. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes: sa capacité de gain 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette années, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

Selon l'art. 8 LPGGA, 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2; ATF 114 V 310, consid. 3c; ATF 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2).

c) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration (cf. art. 43 LPGA) ou le juge des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. (VSI 1994 p. 220, consid. 4a). Toutefois, le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ainsi que le prévoit expressément l'art. 61 let. c LPGA pour la procédure devant le tribunal des assurances). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les risques de l'absence de preuve (ATF 125 V 195, consid. 2 et les références; TF I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 5.1).

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement

doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'OAI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si l'OAI estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, il doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007).

d) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 125 V 351, consid. 3a; ATF 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse

possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

4. Le recourant fait grief à l'OAI de n'avoir pas tenu compte, dans l'évaluation de sa capacité de travail, d'une aggravation de son état de santé postérieure à l'examen réalisé au SMR le 9 février 2012, en ce sens qu'il présente depuis le courant de l'année 2012 des épisodes de douleurs fulgurantes sous la forme de décharges électriques de tout le rachis qui entraînent des chutes à répétition. Il reproche également à l'OAI de n'avoir pas évalué les répercussions de l'obésité sur sa capacité de travail.

a) En l'espèce, l'OAI s'est principalement fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé par les Dresses E. _____ et Y. _____, médecins au SMR. Elles ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rachialgies dorsolombaires dans le contexte d'un léger trouble statique et de dysbalances musculaires ainsi que de cervico-scapulalgies bilatérales avec fourmillements des deux bras dans le contexte d'un léger trouble statique et d'une uncarthrose C5-C6. Les doctresses du SMR ont estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à ces atteintes, le recourant présentait une capacité de travail de 90%. Si ces médecins ont relevé dans leur anamnèse par système les problèmes de pertes d'équilibre du recourant survenant "d'un coup comme un coup de taser" (cf. rapport médical du 25 avril 2012), elles n'ont néanmoins pas investigué plus amplement sur une éventuelle origine neurologique de ces symptômes, et se sont contentées d'affirmer que le status neurologique était dans les limites de la norme (abstraction faite d'un trouble de la sensibilité superficielle non anatomique touchant la main, la jambe et le dos et légèrement la partie postérieure du bras). L'évaluation de la capacité de travail du recourant à laquelle elles ont procédé fait dès lors totalement abstraction de ses

pertes d'équilibre, sans pour autant qu'une éventuelle origine organique de celles-ci n'ait été réfutée de manière convaincante. Or un examen neurologique spécialisé à cet égard apparaît nécessaire du fait que le Dr D._____ a signalé à plusieurs reprises durant la procédure administrative l'existence de tels symptômes (cf. son rapport médical du 26 novembre 2011 et son certificat médical du 5 septembre 2012 où il expose que son patient souffre de douleurs de "type décharges électriques" dans le dos, rendant difficiles les activités de la vie quotidienne et les déplacements), laissant ainsi subsister un doute suffisant sur la fiabilité et la pertinence de l'évaluation réalisée par le SMR, sans pour autant établir l'existence d'une atteinte à satisfaction de droit, en l'absence de l'avis d'un spécialiste à cet égard. Le Dr [...] a du reste recommandé la mise en oeuvre d'un examen notamment neurologique dans son avis médical du 5 septembre 2013, au vu du phénomène des décharges électriques dans le dos. Il est vrai que cet avis est ambigu, semblant considérer qu'une nouvelle expertise est inutile tout en la recommandant, en anticipant la décision du tribunal relative à la valeur probante des documents médicaux déjà au dossier. Sans se prononcer sur les motifs de cette appréciation anticipée du Dr [...], on constate qu'il admet lui-même que l'aspect neurologique des symptômes présentés par le recourant (décharges électriques) n'a pas fait l'objet d'un examen spécialisé. Dans ces conditions, il se justifie effectivement de compléter l'instruction par une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, comprenant non seulement des examens rhumatologique et psychiatrique, mais également un examen neurologique, compte tenu des symptômes ressentis par le recourant sous la forme de décharges électriques. Il n'appartient pas au tribunal d'administrer lui-même cette expertise, alors que l'éventuelle origine neurologique de ces symptômes n'a pas fait l'objet d'investigation en procédure administrative.

b) S'agissant des problèmes de surpoids du recourant, il y a lieu de considérer ce qui suit.

aa) La jurisprudence fédérale considère qu'en soi, l'obésité n'est pas constitutive d'invalidité. Une invalidité doit toutefois être admise

si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.3 et TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.1; cf. également arrêt I 583/82 du 17 octobre 1983 publié in: RCC 1984 p. 359).

bb) En l'occurrence, tant les médecins du SMR dans leur rapport du 25 avril 2012 que le Dr D. _____ s'accordent sur le diagnostic d'obésité morbide. Néanmoins leurs opinions divergent quant aux conséquences du surpoids sur la capacité de travail du recourant, les premiers considérant qu'il est sans effet sur la capacité de travail, alors que le Dr D. _____ estime le contraire. Pourtant, aucun médecin ne s'est prononcé sur les points de savoir si l'excédent de poids du recourant a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'une atteinte à la santé réduisant sa capacité de gain, sans que cette dernière ne puisse être augmentée par des mesures raisonnablement exigibles. En effet, il ressort tout au plus des pièces figurant au dossier que les cervico-dorsalgies sont influencées favorablement par la perte de poids. Quant à la pose du by-pass gastrique en août 2010, même si cette opération a permis de réduire dans une certaine mesure le surpoids, l'assuré présentait toujours une obésité morbide (avec un BMI de 43.5) lors de l'examen clinique au SMR en février 2012, sans que l'on sache si d'autres mesures sont raisonnablement exigibles de sa part afin de réduire son surpoids de telle manière à ce que son éventuelle incapacité de gain ne soit pas entravée. Il y a donc également lieu de compléter l'instruction en interrogeant les experts sur ces points.

5. a) Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais de justice à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel a le droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière du droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'700 fr., à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 4 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Lise-Marie Gonzalez Pennec (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :