

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 juillet 2015

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Bonard et Küng, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 4 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, d'origine kosovare, en Suisse depuis 1991 au bénéfice d'un permis B, comprenant mais parlant peu le français, sans formation, a été engagé en qualité de peintre en bâtiment dans l'entreprise N.\_\_\_\_\_ Sàrl depuis le 7 mars 2011. L'assuré a été victime d'un accident professionnel le 24 mars 2011, suivi d'une incapacité de travail de 100 %. Les suites du cas ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). L'entreprise a été mise en faillite dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011.

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 mars 2012, mentionnant à titre d'atteinte à la santé des lombalgies, des hernies discales et des douleurs hémicorps à droite. Il a séjourné à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ ) du 21 février au 13 mars 2012. Dans son avis de sortie, l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombo-radiculalgies de topographie S1 droite chroniques, de contusion lombaire le 24 mars 2011, de discopathies dégénératives lombaires étagées en L3-L4, L4-L5, L5-S1, avec antélisthésis de L3 sur L4 et L4 sur L5, d'arthrose inter-apophysaire postérieure L3-L4 bilatérale, de hernie discale L5-S1 médiane, para-médiane droite refoulant la racine S1 droite (IRM lombaire du 19 juillet 2011) et ATCD d'infiltration épidurale lombaire le 23 janvier 2012. L'incapacité de travail était de 100 % du 14 mars au 16 avril 2012 et un changement de profession était indiqué.

**B. a)** Interrogée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 30 avril 2012. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de position du tronc en porte-à-faux et pas de mouvements répétés du tronc. La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de façon définitive, mais entière dans une activité adaptée depuis le 13 mars 2012. l'Hôpital

S.\_\_\_\_\_ a retenu la persistance de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit un an après une contusion lombaire. Le bilan radiologique mettait en évidence des discopathies dégénératives étagées avec hernies discales droites en L5-S1 et en L3-L4 au contact des racines S1 et L4 droites. L'examen neurologique montrait une polyneuropathie axonale longueur dépendante d'origine indéterminée ainsi qu'une hypoesthésie du bord externe du pied et une hyporéflexie achilléenne droite et des signes d'atteinte axonale chronique dans des muscles tributaires de la racine S1 droite à l'EMG. Au terme du séjour, il n'y avait eu aucune amélioration tant subjective qu'objective. Des incohérences étaient relevées. Il n'y avait pas d'indication à la poursuite de la physiothérapie à la sortie. Les médecins de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ ont encore précisé que le retour dans le monde du travail allait poser problème, l'assuré semblant figé dans une attitude d'invalidé, ne se sentant même pas capable de réaliser des activités nécessitant un niveau d'effort minime. Selon un consilium psychiatrique du 24 février 2012, il n'existait pas de diagnostic psychiatrique. Plus précisément, l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ ne relevait pas de symptômes d'une franche psychopathologie au sens des classifications internationales, notamment pas de symptômes de la lignée dépressive, ni anxieuse, ni d'un trouble psychotique. Néanmoins, elle mettait en évidence chez l'assuré plusieurs facteurs psychologiques défavorables, à savoir une tendance à la catastrophisation, des croyances multiples, des préoccupations hypocondriaques, une peur du mouvement et un entourage familial et social renforçant son identité d'invalidé. L'assuré présentait de grandes difficultés à prendre de la distance face à la plainte douloureuse et son discours restait très rigide et focalisé. L'Hôpital S.\_\_\_\_\_ n'avait pas de proposition thérapeutique particulière à faire.

**b)** L'OAI a également interrogé le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis avril 2011, lequel a rendu un rapport le 6 juin 2012. Ce médecin a posé, outre les diagnostics liés à l'atteinte lombaire, ceux, sans effet sur la capacité de travail, de polyneuropathie débutante d'étiologie indéterminée et de tabagisme actif. Il a fait état d'une incapacité de travail de 100 % depuis

le 24 mars 2011 pour une durée indéterminée dans la dernière activité exercée. S'agissant des travaux encore exigibles, il mentionnait les activités dans différentes positions limitées à trois/quatre heures par jour. La faculté de monter des escaliers était limitée à une ou deux heures par jour et le port de poids à deux kilos. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées.

**c)** Dans un rapport du 8 juin 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, sur la base du rapport de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, une incapacité entière de travail dans l'activité habituelle depuis le jour de l'accident et une capacité entière dans une activité adaptée depuis le 14 mars 2012, soit au lendemain de la sortie de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_.

**d)** Dans un rapport du 5 juillet 2012, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a retenu, faute d'avoir reçu une réponse du dernier employeur de l'assuré, un salaire sans atteinte à la santé, en 2012, dans le cadre de l'exercice d'une activité de peintre en bâtiment, de 4'718 fr. par mois, 13<sup>e</sup> salaire en sus, soit 61'334 fr. par an, ce qui correspondait au salaire d'un travailleur qualifié, classe B, selon la brochure Info-Vaud 2011-2012. Le revenu d'invalidé était de 53'325 fr. 50, ce qui correspondait à l'exercice à temps plein d'une activité simple et répétitive ne nécessitant pas de formation particulière (Tableau 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de qualification 4, année 2010, calculé sur 2012), en tenant compte d'un abattement de 15 % en raison des limitations fonctionnelles et de la nationalité de l'assuré. Par communication du 9 juillet 2012, l'assuré a été informé de son droit au placement.

**C.** **a)** Sur la base des éléments précités, l'OAI a rendu un projet de décision le 16 juillet 2012, dans le sens d'un refus de rente, le degré d'invalidité étant de 13.06 %.

**b)** L'assuré s'est opposé au projet précité par courrier de son mandataire du 14 septembre 2012. Il soutenait principalement que sa

capacité de travail était nulle dans toute activité professionnelle. Subsidiairement, il requérait qu'un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) soit confié au SMR afin de compléter le dossier, lacunaire selon lui.

**D.** Le 4 octobre 2012, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant une décision précédente de cessation de versement des indemnités journalières (rendue le 12 juillet 2012), faute de causalité adéquate entre les troubles subsistant et l'événement accidentel. La CNA s'est fondée notamment sur un rapport final du 3 juillet 2012 de son médecin d'arrondissement, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier avait certifié que d'un point de vue somatique le *status quo sine* était intervenu depuis longtemps. L'assuré présentait cependant des traits anxio-dépressifs invalidants entraînant une amplification de la symptomatologie et des symptômes médicalement non expliqués. D'autres mesures d'instruction sur le plan psychique ne se révélaient pas nécessaires dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée.

**E.** L'OAI a interrogé la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assuré, laquelle a indiqué, le 8 février 2013, qu'elle n'était pas en mesure de répondre à la demande de l'OAI, n'ayant vu le patient qu'à deux reprises.

**F.** Le 18 février 2013, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité confirmant son projet du 16 juillet 2012, la contestation de l'assuré du 14 septembre 2012 n'apportant selon lui aucun élément susceptible de modifier sa position.

**G.** a) L.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée par acte de son mandataire du 21 mars 2013, concluant à son annulation et, principalement, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, le cas échéant selon précisions à donner en cours d'instance, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour

complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a requis l'assistance judiciaire. A l'appui de ses conclusions, il a produit divers documents médicaux, dont un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, établi le 16 mars 2013 sur la base du dossier du recourant et d'un examen de ce dernier. Ce médecin a expliqué qu'il ressortait de ce premier examen qu'un certain nombre de diagnostics médicaux n'avaient pas été pris en compte par les assurances concernées, en particulier ceux de l'appareil locomoteur. Par ailleurs, une imagerie avait été demandée, dont il n'avait pas encore les résultats. Il demandait un délai afin de compléter le dossier pour pouvoir évaluer les problèmes en cause et chiffrer la capacité de travail. Le recourant s'est encore fondé sur un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2013, mentionnant une chronicisation des douleurs lombaires de son patient, qui étaient essentiellement dues à son problème de hernie et ne pouvaient que difficilement être mises en relation avec l'accident de 2011. Malgré le traitement de physiothérapie, d'anti-inflammatoires et d'antalgiques, le patient présentait toujours d'importantes douleurs invalidantes, assorties à un état dépressif réactionnel. Une reprise d'activité partielle dans une activité adaptée pouvait en théorie être envisagée mais semblait peu probable au vu du profil psychologique du patient. Sur ce dernier point, le recourant a renvoyé à l'opinion émise par la Dresse J.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 21 mars 2013, consécutif à quatre rendez-vous entre le 24 novembre 2012 et le 1<sup>er</sup> mars 2013. Elle relevait ce qui suit :

« [...] Lors des consultations, le patient se présente avec des traits plaintifs, un discours circonstancié toujours lié à ses douleurs avec sentiment d'injustice et d'incompréhension envers le corps médical. Il décrit une certaine irritabilité qui est effectivement notable durant l'entretien, et ceci par rapport au ton de sa voix ainsi qu'une agressivité verbale envers le système. Il a l'impression d'avoir été utilisé par ce système tant qu'il était en bonne santé et jeune et qu'actuellement il en ressent le besoin il se sent rejeté. Les difficultés financières se rajoutent à cet état général diminué et rend le patient encore plus irritable. Sur le plan narcissique, il décrit avoir perdu beaucoup d'estime de lui, de ne plus pouvoir s'assumer lui-même et aussi ne plus avoir de statut qu'il avait auparavant en face de son entourage.

En conclusion, M. L.\_\_\_\_\_ présente des symptômes d'un état dépressif moyen à sévère dans un contexte d'une pathologie somatique et que les difficultés psychosociales renforcent à certains degrés des traits de personnalité de types narcissiques voire parfois paranoïaques (beaucoup d'interprétativités). Dans ce

sens, effectivement son état psychique est modifié par rapport au printemps 2012. »

Selon le recourant, le revenu d'invalidé théorique avait été largement surestimé. En outre, compte tenu des limitations fonctionnelles, il eût été indiqué de retenir un abattement de 20 % sur ce revenu.

**b)** Le SMR a rendu un avis médical le 26 avril 2013 résumant ses avis précédents, les conclusions de la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, ainsi que celles du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2012 et de la décision sur opposition de la CNA du 4 octobre 2012. Le SMR a proposé d'attendre le rapport annoncé du Dr T.\_\_\_\_\_ afin de pouvoir rendre un avis cohérent qui tienne compte de l'ensemble des nouveaux documents versés au dossier.

L'intimé a conclu au rejet du recours par réponse du 30 mai 2013. Concernant le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, il a estimé qu'en l'état, ce document n'était pas apte à remettre valablement en cause le bien-fondé de l'acte entrepris. Il restait dans l'attente d'éventuels développements consécutifs aux examens d'imagerie médicale annoncés. S'agissant du Dr M.\_\_\_\_\_, il faisait état de ses doutes quant aux capacités du recourant de reprendre une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce en raison du profil psychologique de son patient et ce faisant, il renvoyait implicitement à l'appréciation de la Dresse J.\_\_\_\_\_. Au vu du courrier de cette dernière du 8 février 2013, il semblait qu'elle n'avait réussi à se forger une opinion que probablement lors de la dernière consultation, sur la base des symptômes survenus consécutivement à la notification de la décision querellée, tels que sentiments d'injustice et de rejet, agressivité verbale envers le système et irritabilité. Aussi était-il hautement vraisemblable que s'il y avait eu évolution de l'état psychique, elle était postérieure à ladite décision.

**c)** Par réplique du 4 septembre 2013, le recourant a produit entre autres un rapport établi par la Dresse J.\_\_\_\_\_ le 5 août 2013. Celle-ci expliquait qu'elle avait pu être plus précise dans son évaluation du 21 mars 2013, de par ses trois entretiens supplémentaires avec son

patient, ayant permis de construire une meilleure alliance et au recourant d'exprimer sa souffrance et de parler de son passé avec davantage d'aisance. La Dresse J.\_\_\_\_\_ avait pu constater que son patient était très anxieux quant à son avenir et établir une anamnèse plus détaillée, notamment voir l'isolement social dans lequel il vivait depuis qu'il ne travaillait plus.

Le recourant a notamment ajouté qu'il n'avait pas été en mesure de financer l'avis privé du Dr T.\_\_\_\_\_, lequel voyait la nécessité d'approfondir ses analyses sur la base des récents clichés d'imagerie. Cela confortait l'argument selon lequel le dossier était insuffisamment instruit et devait faire l'objet d'une nouvelle expertise externe, véritablement neutre. A défaut de disposer d'un rapport détaillé et argumenté, il n'en demeurait pas moins que l'on était en présence d'un très sérieux indice en faveur d'une atteinte somatique comportant des diagnostics nouveaux ou insuffisamment pris en compte dans la décision entreprise.

**d)** Par duplique du 25 octobre 2013, l'intimé a maintenu sa position, sur la base d'un avis médical du SMR du 8 octobre 2013, lequel retenait pour l'essentiel que les avis produits par le recourant ne contenaient pas d'éléments aptes à changer la décision attaquée. Relevant les lacunes du rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_, le SMR a par ailleurs proposé à la Cour de céans de requérir le compte-rendu de ses deux premiers contacts avec le recourant, seul élément vraiment comparable.

**e)** Le recourant a maintenu sa position par écriture du 19 novembre 2013.

**H. a)** Interrogée par la Cour de céans sur la possibilité de poser un diagnostic pour la période du 24 novembre 2012 au 18 février 2013 et sur la répercussion d'un éventuel trouble psychique sur la capacité de travail, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a rendu un premier rapport le 17 janvier 2014. Elle a posé, pour la période en question, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM 10 F32.2). Ce diagnostic se

fondait sur les éléments dépressifs déjà mentionnés dans le courrier du 21 mars 2013, ainsi que sur les caractéristiques liées à la culture du patient, à son âge, à sa solitude, à son isolement social et familial en Suisse et sur les événements psychosociaux vécus comme facteur de stress durant les dernières années, soit la guerre dans son pays, ses accident et perte de travail. Ce diagnostic était justifié selon les critères CIM 10.

**b)** L'intimé a déposé un questionnaire à l'attention de la Dresse J.\_\_\_\_\_, auquel cette dernière a répondu le 27 mars 2014. A la question des motifs de la différence entre les diagnostics posés les 21 mars 2013 et 17 janvier 2014 (épisode dépressif moyen à sévère dans le premier rapport et état dépressif sévère dans le second), elle précisait que l'état dépressif avait été rétroactivement qualifié de sévère le 17 janvier 2014, au vu des consultations qui avaient suivi entre le 1<sup>er</sup> mars 2013 et le 22 octobre 2013. En avançant dans le processus thérapeutique, le patient avait pu exprimer sa souffrance psychique en baissant ses défenses narcissiques. Pendant ces entretiens thérapeutiques, il avait exprimé des idées noires qu'il aurait eues pendant cette période, notamment hétéroagressives en lien avec un sentiment d'injustice, en plus des autres symptômes mentionnés dans le rapport du 17 janvier 2014. Cette opinion avait été renforcée par la lecture du dossier médical et l'avis de ses confrères, notamment un courrier du 29 janvier 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service [...], qui notait l'installation progressive d'un état dépressif relativement marqué. Concernant les facteurs sociaux et culturels, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit :

« Effectivement, mon appréciation de cette situation tient compte du fait que le patient a été désigné par sa famille comme celui qui pouvait assurer leurs besoins en travaillant à l'étranger. Il a été identifié comme la personne forte qui amène la sécurité à son entourage. Cependant, il s'est retrouvé dans l'impossibilité d'assumer sa "tâche", se sentant en conséquence inutile, et a fait un bilan négatif de son existence, sans femme ni enfants qui auraient pu lui servir d'étayage lors de ce moment difficile. Dans sa culture, les hommes ne pleurent pas et ne verbalisent pas la douleur morale. Il ne pouvait donc réagir que par la colère une fois que son image a été dévalorisée. C'est aussi en partie pour ces raisons, que pendant les premiers entretiens je me suis retrouvée face à un patient plutôt revendicateur, avec un discours focalisé sur ses douleurs physiques plutôt qu'attristé par sa situation et exprimant sa souffrance psychologique. C'est d'ailleurs cette attitude qui a amené le patient à avoir du mal à maîtriser ses impulsions et avoir des difficultés à maintenir des

relations interpersonnelles (du moins pendant la période de décompensation) et l'enfoncer dans son isolement. »

La Dresse J.\_\_\_\_\_ a encore ajouté avoir suivi le patient jusqu'au 22 octobre 2013, et était sans nouvelles de lui depuis lors.

**c)** Par écriture du 28 avril 2014, le mandataire du recourant a informé la Cour de céans ne pas avoir de remarque particulière à formuler à l'égard du rapport précité. Il a toutefois sollicité une prolongation de délai pour se déterminer, n'arrivant plus à joindre le recourant, qui ne venait pas aux rendez-vous fixés.

L'intimé a soumis le rapport de la Dresse J.\_\_\_\_\_ au SMR, lequel a rendu un avis le 15 avril 2014, relevant la nécessité de poser un certain nombre de questions complémentaires à la Dresse J.\_\_\_\_\_ ainsi que d'obtenir de sa part le compte-rendu de ses quatre entretiens avec l'intéressé entre le 24 novembre 2012 et le 1<sup>er</sup> mars 2013. L'intimé s'est rallié à cet avis par écriture du 28 avril 2014.

**d)** Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2014, la juge instructrice a soumis à la Dresse J.\_\_\_\_\_ une liste de questions et l'a invitée à produire une copie du compte-rendu des quatre séances intervenues entre le 24 novembre 2012 et le 1<sup>er</sup> mars 2013. Selon les réponses de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 27 mai 2014, aucune hospitalisation n'avait été envisagée. Les consultations, fixées à une cadence inférieure à une fois par mois, étaient agendées en fonction des disponibilités du thérapeute et de celles du patient. Un traitement antidépresseur avait été introduit (Remeron 30 mg une fois par soir). Il y avait eu une évolution positive sur les troubles du sommeil, ce qui faisait penser que le recourant avait pris le traitement, mais la compliance n'avait pas été vérifiée par un dosage de valeurs plasmatiques. La Dresse J.\_\_\_\_\_ a ensuite fourni les éléments suivants :

« Compte rendu des quatre séances avec Monsieur L.\_\_\_\_\_ survenues entre le 24.11.2012 et le 01.03.2013 :

1<sup>er</sup> entretien du 24 novembre 2012 :

Le patient serait arrivé en Suisse en 1990 en tant que réfugié. Il a été renvoyé dans les années 2000 pour ensuite revenir en Suisse en 2002. En 2003, il

régularise son séjour avec un permis B par mariage qui finira par une séparation en 2006. Il signale un accident de travail ; il serait tombé d'un échafaudage d'une hauteur de 4m pendant qu'il exerçait son métier de peintre. Il dit être resté malgré tout au travail. Mais le soir même, il aurait eu des douleurs au dos très importantes qui l'ont conduit à [...] où il aurait reçu une injection, avec un traitement antidouleur. Quelques minutes plus tard, il dit que des douleurs auraient commencé à la jambe droite. Le patient est assez seul, la seule personne de contact est une cousine qui lui sert de traductrice. M. L. \_\_\_\_\_ a eu une très mauvaise expérience avec le représentant de l'assurance, il s'est senti maltraité par celui-ci ainsi que par sa physiothérapeute. Il aurait eu des moments d'agressivité verbale envers elle. Depuis 2010 il vit sans revenu, et poursuit des consultations chez des spécialistes neurologues à Morges. A noter, qu'il se sent "laissé dans la rue" et que tout le monde lui tourne le dos. Par rapport à son histoire de vie, il dit avoir grandi dans de bonnes conditions. Néanmoins, pendant la guerre dans son pays d'origine, sa maison aurait été brûlée ainsi que le bétail qui se trouvait à l'intérieur. Le patient a ici en Suisse un frère qui est marié et père de 4 enfants. Le patient est le 3<sup>ème</sup> d'une fratrie de 6 enfants. Un frère aîné et une soeur puis après lui deux soeurs et un petit frère. Il se dit traumatisé par le fait que son père a été maltraité pendant la guerre, qu'il aurait été tabassé par les Serbes. A noter que la famille a conservé des photos où tout son corps est couvert d'ecchymoses. Pendant la guerre toute la famille a dû quitter le pays afin de se cacher en Macédoine. Il conclut que sa situation c'est comme "une 2<sup>ème</sup> guerre", et même plus grave que la première.

Durant le 2<sup>ème</sup> entretien du 15.12.2012 : le patient se sent dépassé par toutes ces contraintes administratives. Il arrive avec des photos de son père lourdement tabassé par les Serbes. En ce moment il se montre à la fois revendicateur envers le système et triste. Il pleure par rapport à la souffrance que son père aurait vécue mais aussi du fait qu'il n'a jamais pu mettre en place de justice. Il a l'impression que, je cite "les Serbes ont frappé avec les mains alors que les Suisses frappent avec des crayons".

Depuis 27 ans en Suisse, M. L. \_\_\_\_\_ n'aurait, selon ses dires, jamais été malade, mais qu'actuellement il a des douleurs qui ne sont pas reconnues. Il n'arrive pas à supporter toutes les contraintes autour de lui notamment sur le plan administratif. Il a un sentiment d'injustice qui devient de plus en plus puissant et qui le rend agressif verbalement. Il se sent dénigré et pense que "on joue avec lui" plutôt que "de s'occuper de lui". Il n'arrive pas à accepter l'avis médical qu'on lui donne ici donc, il pense demander un 2<sup>ème</sup> avis dans son pays d'origine. A chaque fois qu'il ressent une douleur dans la jambe droite qui monte progressivement dans son corps, il dit avoir l'impression que c'est la faute du monde entier.

Lors des rendez-vous suivants, nous avons pu laisser plus de place à l'élaboration de la tristesse, de la colère et de pouvoir confronter le patient dans ses difficultés quotidiennes qui nourrissent probablement actuellement, une colère contre tout ce qui est administratif et institutionnel, sans possibilité cependant d'évolution en raison de la faible capacité d'introspection de ce dernier. Un traitement antidépresseur lui a été proposé et accepté, malgré une certaine réticence qu'il avait concernant les traitements de psychotropes. »

**e)** Le SMR a confirmé le 11 juin 2014 la position exprimée le 15 avril 2014, se déclarant surpris du fait que les rendez-vous étaient cadencés selon les disponibilités du thérapeute et du patient, et non pas selon l'état clinique de ce dernier. Le diagnostic d'état dépressif sévère

était peu compatible, si avéré, avec la prise en charge décrite. L'intimé, sur la base de cet avis, a déclaré maintenir intégralement sa position par écriture du 24 juin 2014.

**f)** Le mandataire du recourant s'est déterminé par écriture du 14 juillet 2014. Il a produit une liasse de pièces, dont une série de rapport médicaux de 2011, faisant suite à l'accident et décrivant les lombosciatalgies et hernies discales du recourant. Figure parmi ces pièces également le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2013, dont il ressort notamment que ce médecin a suivi le recourant du 15 décembre 2011 au 24 janvier 2013, ce dernier se plaignant de l'absence de bénéfice résiduel et d'une chronicisation des douleurs. Le médecin avait noté que s'installait progressivement un état dépressif relativement marqué. Le mandataire du recourant a réitéré sa requête d'expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Par écriture du 26 août 2014, l'intimé a informé la Cour ne pas avoir de commentaires particuliers à émettre.

**I.** Par courrier du 5 septembre 2014, la juge instructrice a demandé à la CNA production du rapport d'examen du 3 juillet 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« Diagnostic :

Contusion lombaire le 24.03.2011.

Troubles dégénératifs lombaires en particulier avec antélisthesis L3 sur L4 et L4 sur L5.

Hernie discale L3-L4 et L5-S1.

Polyneuropathie débutante d'étiologie indéterminée.

Multiplés lipomes sous-cutanés, en particulier à la fesse G [gauche], à la cuisse D [droite] et basi-cervical G.

Tabagisme actif.

Troubles anxio-dépressifs invalidants, entraînant une amplification de la symptomatologie et des symptômes médicalement non expliqués (MUS).

5. Appréciation

[...]

Situation actuelle subjective caractérisée par des douleurs essentiellement dans le bas du dos et irradiant parfois au bras D et au MID [membre inférieur droit]. Difficultés de repos nocturne. Limitation de marche à plat. Limitation de la conduite automobile. Météo-sensibilité négative. Instabilité à la charge du MID, entraînant des chutes. Nécessité de médication antalgique et anti-inflammatoire.

Objectivement, patient d'allure triste, peu souriant, parlant à voix basse, avec une mimique faciale très pauvre. Tous les gestes sont réalisés lentement. La marche est extrêmement précautionneuse et nombre de tests orthopédiques sont refusés. De plus, il y a une opposition active à la recherche de la mobilité articulaire. Aucun déficit n'est objectivable.

Du point de vue asséculoologique, je me prononce sur un *statu quo sine* intervenu depuis longtemps, concernant la situation somatique. La capacité de travail est entière, en relation avec les séquelles de l'évènement qui nous concerne.

La situation psychosomatique semble prépondérante et à l'origine exclusive de l'invalidité constatée. Je pense qu'une causalité naturelle peut être retenue dans l'installation d'une réaction anxio-dépressive majeure et invalidante. Je laisserai aux juristes la tâche de se prononcer sur une éventuelle causalité adéquate. Si cette dernière est refusée, je propose de boucler le dossier, en l'état, sans aucun dédommagement de type IPAI. En cas d'acceptation, alors une évaluation psychiatrique précise devra être faite.

Naturellement, la situation médicale globale constatée aujourd'hui confirme une incapacité de travail dans la profession de peintre en bâtiment de 100 %. »

Par courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2014, le mandataire du recourant a demandé une prolongation de délai pour pouvoir se déterminer sur le rapport précité, rappelant toutefois que son client sollicitait une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Par écriture du 30 septembre 2014, l'intimé a observé que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ avait déjà été versé au dossier et que le SMR avait eu l'occasion de le prendre en compte dans son appréciation. L'avis médical émis par ce dernier le 26 avril 2013 le citait d'ailleurs expressément. L'intimé n'avait dès lors pas de commentaire complémentaire à formuler.

Le 3 novembre 2014, le mandataire du recourant a fait savoir à la Cour de céans qu'il n'arrivait pas à joindre son client, ce qui devait s'expliquer par son état dépressif et justifiait d'autant plus la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique.

**J.** Le mandataire du recourant a produit une nouvelle liasse de pièces par écriture du 2 février 2015, dont un rapport médical établi le 29 janvier 2015 par le Dr C. \_\_\_\_\_, du cabinet du Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le recourant était pris en charge à leur

consultation depuis le 3 décembre 2014. Il souffrait d'un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'auteur du rapport n'excluait pas une dépression récurrente ainsi que des traits de personnalité, comme mentionné dans le rapport du 21 mars 2013 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, voire une modification durable de la personnalité. Cette symptomatologie semblait directement en lien avec son accident de travail, duquel le patient gardait des douleurs importantes et une influence négative sur son état psychique.

Selon le mandataire du recourant, le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ militait en faveur de l'admission du recours dans le sens de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, subsidiairement du renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

**K.** Par décision du 28 mars 2013, la juge instructrice a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 mars 2013, dans le sens d'une exonération d'avances et de frais judiciaires et de l'assistance d'office de Me Olivier Carré.

**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 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 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 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question du droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité au regard de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé.

**3.** 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 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 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant, sans atteinte à la santé, une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**4.** Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid.

3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5.** En l'espèce, sur le plan somatique, l'intimé a considéré que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cet avis se fonde sur les constatations faites par la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ le 30 avril 2012. Le recourant soutient en substance que l'influence des troubles somatiques sur sa capacité de travail a été sous-estimée par l'intimé. Il se fonde pour cela sur les rapports des Drs M.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 6 juin 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_ retient les mêmes diagnostics que la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, ainsi qu'également une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité. S'agissant des travaux encore exigibles, il mentionne certaines limitations sans indiquer plus précisément le taux d'activité exigible. Dans son rapport du 6 mars 2013, ce médecin expose que le recourant présente une chronicisation de ses douleurs lombaires, essentiellement dues à son problème de hernie. Il ne précise pas quelle est l'influence de cette atteinte sur la capacité de travail, ni ne motive par des constatations médicales objectives les limitations fonctionnelles qui excéderaient celles relevées par la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_. Il se contente en effet de rappeler les diagnostics posés par cette institution et se fonde ensuite sur les plaintes du recourant pour estimer qu'une reprise d'activité partielle dans une activité adaptée pourrait être envisagée. Il n'apporte ainsi pas d'éléments de nature à remettre en cause les conclusions de la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, fondées quant à elles sur de nombreux examens cliniques et un séjour du recourant de trois semaines.

Les mêmes remarques peuvent être faites à l'égard du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, qui rapporte uniquement les plaintes du recourant sur le plan somatique.

Le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ n'est guère plus utile au recourant dans la mesure où ce médecin se contente d'expliquer qu'un certain nombre de diagnostics médicaux n'ont pas été pris en compte par l'assurance, en particulier ceux de l'appareil lombaire. Non seulement le Dr T.\_\_\_\_\_ ne précise par de quels diagnostics exactement il s'agit, mais il n'apporte en outre aucune explication médicale objective venant soutenir cette affirmation. Or, dans la mesure où la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ a précisément tenu compte de nombreux diagnostics concernant l'appareil lombaire, il eût été nécessaire d'énumérer les diagnostics potentiellement omis, à tout le moins de justifier la mise en œuvre d'investigations complémentaires. En l'absence de tout élément permettant de contester l'analyse faite par la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, pas plus que celui du Dr M.\_\_\_\_\_, ne permettent de justifier la mise en œuvre d'une expertise sur le plan somatique.

L'on relève encore que les conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_ concordent avec celles de la l'Hôpital S.\_\_\_\_\_. Ce médecin-conseil retient en effet les mêmes diagnostics sur le plan somatique.

Au vu de ce qui précède, il doit être retenu que sur le plan somatique le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des investigations complémentaires, les documents amenés par le recourant ne permettant guère de jeter le doute sur cette appréciation.

**6.** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf.

ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

En l'occurrence, à la date de la décision litigieuse, l'intimé ne disposait pas de l'évaluation de l'état de santé psychique du recourant par son médecin psychiatre traitant, celle-ci ayant estimé qu'il ne lui était pas possible de se prononcer après seulement deux entretiens avec son patient. Dans ses rapports ultérieurs, la Dresse J.\_\_\_\_\_ a pu néanmoins poser et motiver un diagnostic a posteriori et, au vu de la jurisprudence précitée, son appréciation, en tant qu'elle rétroagit aux faits antérieurs au 18 février 2013, peut être prise en compte.

Le diagnostic finalement retenu par la Dresse J.\_\_\_\_\_ pour la période du 24 novembre 2012 au 18 février 2013 est celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques alors que dans sa première évaluation du 21 mars 2013, elle relevait avoir observé chez son patient les symptômes d'un état dépressif moyen à sévère ainsi que des traits de personnalité de type narcissique, voire parfois paranoïaque. Une qualification différente de l'état de santé psychique ne suffit pas en l'occurrence à mettre en doute l'opinion de la Dresse J.\_\_\_\_\_. En effet, la différence est relativement minime et surtout, peut s'expliquer, comme relevé par ce médecin, par le temps nécessaire à l'instauration d'une relation de confiance permettant une anamnèse et des confidences plus exhaustives, lesquelles, à leur tour, contribuent à affiner le diagnostic. Le SMR s'étonne du diagnostic d'épisode dépressif sévère au motif qu'il serait peu compatible avec la prise en charge décrite, soit des consultations espacées de plus d'une semaine et de surcroît selon les disponibilités du thérapeute et du patient. Il ne donne cependant aucun argument issu de la littérature ou de l'expérience médicale permettant de discerner dans les modalités de cette prise en charge un motif d'exclusion du diagnostic d'épisode dépressif sévère.

L'opinion de la Dresse J.\_\_\_\_\_ n'est de surcroît pas isolée. En effet, à la date du 3 juillet 2012 déjà, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, retenait une réaction anxio-dépressive majeure et invalidante tout en préconisant une évaluation psychiatrique précise dans l'hypothèse où sur le plan juridique, il existait un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte psychique. Il confirme ainsi l'existence d'une atteinte psychique et dans la mesure où il la qualifie d'invalidante, il doit être admis qu'elle entraînait une incapacité de travail à la date de l'examen clinique du 3 juillet 2012.

Enfin, le nouveau médecin traitant psychiatre du recourant, le Dr C.\_\_\_\_\_ évoque l'hypothèse d'une dépression récurrente, dont il convient de déduire l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs.

Cela étant, il doit être admis que le recourant présentait avant la date de la décision litigieuse une atteinte à sa santé psychique. En l'état actuel du dossier, il n'est cependant pas possible de déterminer les répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant, tant en terme de taux que de durée. En conséquence, une expertise s'impose.

**7.** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le

Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, l'évaluation du Dr D.\_\_\_\_\_ concluant à l'existence d'une réaction anxio-dépressive majeure et invalidante devait inciter l'intimé, à réception du courrier de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 8 février 2013, à surseoir à sa décision pour compléter l'instruction sur l'état de santé psychique du recourant. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimé de procéder à un complément d'instruction. Il consistera à mettre en oeuvre une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, ainsi que tout examen complémentaire jugé nécessaire, puis de rendre une nouvelle décision.

**8. a)** Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

**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 prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

**c)** Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

**d)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 5 mars 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 2 février 2015, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 13.7 heures au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal

vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 200 fr. et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'879 fr. 30 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 879 fr. 30 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 *in fine* CPC, également applicable par renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 879 fr. 30 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

**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 18 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 2'879 fr. 30 (deux mille huit cent septante-neuf francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le montant de 879 fr. 30 (huit cent septante-neuf francs et trente centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** 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 du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour L. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :