

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 novembre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Métral et Mme Dessaux
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Ana Rita Perez,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 16, 43 et 44 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 1-2 LAI; 69 al. 2 et 72bis al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1968, ressortissant portugais en Suisse depuis 2004, marié sans enfants, sans formation et ne parlant pas français, a travaillé en qualité de manœuvre non qualifié dans le secteur du bâtiment auprès de l'entreprise S. _____ SA au [...]. Le 26 octobre 2011, il a déposé une demande de prestations AI en indiquant se trouver en incapacité totale de travail depuis le 16 août 2011 en raison de lombosciatalgies sur canal étroit.

Une IRM lombaire de l'assuré du 28 septembre 2011 du Dr C. _____, chef de clinique au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, a mis en évidence d'importantes discopathies étagées de L2 à S1, avec une arthrose interapophysaire postérieure surtout marquée de L3 à L5, formant un canal lombaire étroit de grade C à l'étage L3 à L4 et de grade B à l'étage L4-L5. A teneur d'un rapport initial du 19 décembre 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), l'état de santé de l'assuré était stable sans qu'une opération ne soit prévue dès lors que les médecins spécialisés du CHUV étaient d'avis qu'un tel geste n'enlèverait pas les douleurs.

Dans un rapport médical du 28 novembre 2011, le Dr W. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis 2009, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sur canal lombaire étroit et discopathies L2-L3-L4 (depuis 2011). Retenant un pronostic réservé, ce médecin était d'avis que son patient présentait une incapacité de travail à 100 % depuis le 16 août 2011 dans son activité professionnelle habituelle compte tenu de ses douleurs. Dans une activité plus légère adaptée à l'état de son dos (à savoir sans activité en position uniquement assise / debout, sans marche en terrain irrégulier, sans position penchée / avec les bras au-dessus de la tête / accroupi / à genoux, sans port de charges près / loin du corps et sans montée d'échelle / d'échafaudage ni montée d'escaliers), le Dr

W._____ estimait que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30 %.

Dans le questionnaire complété le 23 décembre 2011 par le dernier employeur, il était notamment indiqué qu'à compter du 1^{er} janvier 2011 et sans atteinte à sa santé, l'assuré percevrait un salaire horaire de 25 fr. 75 versé à raison d'environ quarante heures de travail par semaine, indemnités de vacances par 10,60 % et 13^{ème} salaire par 8,30 % en sus.

Au terme d'un rapport d'examen du 16 février 2012, le Dr K._____, spécialiste en médecine générale, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a posé le diagnostic d'atteinte principale à la santé de lombosciatalgies chroniques sur canal lombaire étroit d'origine dégénérative (discopathies étagées et arthrose postérieure) (CIM M54.4). Ce médecin retenait que depuis le 16 août 2011, la capacité de travail de l'assuré était nulle en tant qu'ouvrier du bâtiment mais que dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de positions en porte-à-faux avec une alternance possible des positions), elle était de 100 % avec une diminution de 20 %, ceci depuis décembre 2011. Le Dr K._____ rejoignait ainsi l'appréciation du médecin traitant, le Dr W._____.

Par communication adressée le 20 février 2012, le service spécialisé en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il lui octroyait des mesures d'intervention précoce sous la forme de la prise en charge de frais pour une réhabilitation socioprofessionnelle effectuée du 14 février 2012 au 18 mai 2012 auprès de l'Association E._____ à [...]. Cette mesure a par la suite été reconduite du 19 mai au 14 septembre 2012, selon communication du 4 juin 2012 de l'Office AI.

Il ressortait notamment ce qui suit d'un rapport final d'observation du 20 septembre 2012 établi par les responsables de l'association E._____ :

"[...] 6 - Conclusion

Evaluation des objectifs:

- Apprentissage de la langue : objectif considéré comme atteint dans la mesure où M. A. _____ a reconnu sa capacité à mobiliser des compétences pour l'apprentissage. Il se dit prêt à continuer après la fin de la mesure (amélioration de l'auto estime, autonomisation).
- Fonctionnement dans le système : Un travail de fond au niveau de l'information et de la sensibilisation à son rôle actif a été effectué. M. A. _____ peut mieux utiliser les ressources du système car il est mieux préparé. Les effets de ce travail sont difficilement mesurables mais devraient se révéler utiles pour la suite de son évolution (objectifs partiellement atteints : autonomisation, participation à l'élaboration d'un projet de vie).
- Reconversion envisagée : Compte tenu des lacunes, des problèmes de santé actuelle et du manque de qualifications, M. A. _____ n'a actuellement pas de solution réelle quant à une réorientation professionnelle. [...]"

Par projet de décision du 22 octobre 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi que le droit à la rente AI. Ses constatations s'articulaient en ces termes:

"Résultat de nos constatations:

Vous exercez l'activité d'ouvrier de la construction.

Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 16 août 2011. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20].

Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que votre capacité de travail est nulle dans votre activité habituelle mais entière avec une baisse de rendement de 20 % dès le 1^{er} décembre 2011 dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions.

Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, une mesure d'accompagnement par un référant parlant votre langue maternelle auprès de l'Association E. _____ a été mise en place dans le but de vous accompagner dans votre future réintégration sociale et professionnelle.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre activité habituelle, soit CHF 59'009.52, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée (activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, par exemple

montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, ouvrier dans l'usinage sur machines préréglées).

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 2.31 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'735.84 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 100 % avec une baisse de rendement de 20 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 50'188.67 par année.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 45'169.80 pour l'année 2012.

Comparaison des revenus:

sans invalidité CHF 59'009.52

avec invalidité CHF 45'169.80

La perte de gain s'élève à CHF 13'839.72 = un degré d'invalidité de 23.45 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Selon le rapport du service de réadaptation, des mesures d'ordre professionnel ne permettraient pas de réduire votre préjudice économique.

Une aide au placement peut vous être néanmoins octroyée. Vous avez cependant indiqué ne pas souhaiter en bénéficier actuellement. Sur demande motivée et écrite de votre part, vous pourrez bénéficier de cette prestation ultérieurement. [...]"

Le 6 novembre 2012, l'assuré a informé l'Office AI de sa volonté de contester le projet de refus de prestations rendu. Il indiquait à ce propos, sa volonté de produire un rapport médical "après consultation

chez un spécialiste le 20.11.12". Ainsi, dans une attestation médicale du 23 novembre 2012, le Dr W. _____ relatait une aggravation progressive de l'état de santé général de son patient sous la forme de l'apparition d'une neuropathie diabétique des membres inférieurs ajoutée à la radiculopathie due à ses problèmes de colonne, le tout engendrant une souffrance de l'assuré sur les plans physique et psychique.

Au terme d'un avis médical SMR du 3 décembre 2012, le Dr K. _____ a admis le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé annoncée par le médecin traitant en indiquant qu'il s'agissait d'obtenir en l'état, un rapport médical du Dr W. _____ ainsi que ceux de spécialistes.

Dans un rapport médical du 19 décembre 2012, le Dr W. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sur discopathies étagées, de diabète avec probable neuropathie des membres inférieurs et d'état dépressif. Le médecin traitant se prononçait pour un pronostic défavorable sur les plans physique et psychique. Il attestait toujours une incapacité de travail totale de son patient dans sa profession habituelle de manœuvre. S'agissant des limitations fonctionnelles liées à l'exercice d'une activité adaptée raisonnablement exigible de la part de l'assuré, le Dr W. _____ précisait ses précédentes constatations du 28 novembre 2011 en ce sens que seul l'exercice d'activités dans différentes positions était possible à raison de une à deux heures par jour, et que des activités en position assise / debout d'une durée de une à deux heures par jour étaient également envisageables, le port de charges étant limité à 6-7 kg. Pour le surplus, il notait une limitation de la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance de l'assuré compte tenu de l'état dépressif.

A teneur d'un rapport médical du 28 janvier 2013, le Dr G. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, indiquait avoir vu l'assuré à l'occasion d'une unique consultation du 20 novembre 2012. Mentionnant un pronostic "mauvais", ce spécialiste renvoyait l'Office AI

auprès du Dr W._____ s'agissant des renseignements médicaux demandés.

Dans un rapport médical du 22 février 2013, la Dresse J._____ du service d'antalgie du CHUV, a posé le diagnostic invalidant de lombalgies bilatérales (chroniques) en L3 à L5. Elle mentionnait ne pas avoir revu l'assuré depuis son dernier contrôle datant du 25 juin 2012, lequel lui était alors apparu déconditionné. Ce médecin énumérait des limitations fonctionnelles liées au port de charges, d'avis que l'exercice d'une activité adaptée restait envisageable (selon examen à effectuer par un spécialiste en matière de réadaptation professionnelle).

A teneur d'un rapport médical du 21 mai 2013, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, suivant l'assuré depuis le 23 mars 2012, n'a pas retenu de diagnostics d'ordre psychique au premier plan ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient. Les constatations de ce psychiatre lors de son dernier contrôle du 17 mai 2012 étaient les suivantes:

"Constat médical

Monsieur A._____ nous a semblé totalement impuissant et dépassé par sa situation de santé dont le pronostic était peu encourageant. Depuis son incapacité de travail, sa situation sociale et financière s'est clairement dégradée. Cette situation de précarité associée aux douleurs qu'entraînent son hernie et sa colonne vertébrale sont des facteurs de stress intenses qui ont sur Monsieur un effet dévastateur impliquant des sentiments de résignation, d'incompréhension et de désespoir, un isolement social progressif qui conduisent évidemment à une dégradation de son intégrité psychique et physique. Le discours reste pessimiste, à l'image de ses possibilités de traitement. Pas de troubles de la lignée psychotique.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Sur le plan psychologique, un suivi psychothérapeutique n'est à l'heure actuelle pas la priorité au vu de la problématique de Monsieur A._____."

Le Dr Q._____ était ainsi d'avis que la profession de manœuvre non qualifié n'était plus exigible. S'agissant des limitations fonctionnelles, il mentionnait une capacité de concentration / attention en cas de douleurs aiguës, de compréhension, des capacités mnésiques ainsi

qu'une capacité d'adaptation au changement limitées en fonction de l'état d'inquiétude (stress) ainsi que de l'amplitude des douleurs affectant son patient. Il estimait qu'une activité professionnelle était encore exigible à temps partiel au moment de son évaluation en 2012.

A l'occasion d'un avis médical SMR du 5 juin 2013, les Drs K._____ et R._____ ont pris position comme il suit sur les nouveaux éléments médicaux produits:

"Suite à l'Avis SMR du 03.12.2012, divers rapports médicaux ont été demandés:

- le 19.12.2012, le Dr W._____, médecin traitant, mentionne les lombosciatalgies sur discopathies étagées connues; il mentionne aussi un diabète avec une probable neuropathie des membres inférieurs, et un état dépressif, mais ne donne pas d'indication sur le status. Comme déjà en décembre 2011, il atteste une CT [capacité de travail] nulle.

- le 28.01.2013, le Dr G._____, orthopédiste, renvoie au Dr W._____.

- le 22.02.2013 le service d'antalgie du CHUV, Dresse J._____, parle de lombalgies chroniques chez un patient déconditionné, avec des limitations pour les ports de charges, et possibilité de travail dans une activité adaptée.

- le 21.05.2013, le Dr Q._____, psychiatre, mentionne qu'il n'y a pas de maladie psychiatrique incapacitante.

Au total, les conclusions du Rapport SMR de février 2012 restent valables."

Par décision du 7 juin 2013, l'OAI a refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi que celui à la rente AI à l'assuré, reprenant en ce sens l'intégralité des constatations figurant dans son projet du 22 octobre 2012. Dans un courrier d'accompagnement daté du même jour - et faisant partie intégrante de ladite décision de refus -, l'OAI a indiqué que la contestation élevée le 6 novembre 2012 n'avait pas apporté d'éléments susceptibles de modifier sa position. L'Office AI suivait ainsi les constatations et conclusions des médecins de son SMR.

B. Par acte du 8 juillet 2013, A._____, représenté par Me Ana Rita Perez, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut, avec suite de dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que le droit à trois-quarts de rente AI lui est reconnu dès le 16 août 2012 et, subsidiairement, à son annulation

ainsi qu'au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. A titre de mesures d'instruction, le recourant demande d'une part la production par l'intimé de l'entier de son dossier le concernant et d'autre part, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (sur le plan interne, orthopédique et psychiatrique) tendant à établir son droit aux prestations. Dans un premier moyen il reproche à l'Office AI de ne pas avoir tenu compte des avis médicaux des Drs W._____, G._____ et Q._____ au dossier, lesquels attestent qu'il ne peut plus travailler qu'à temps partiel (et non pas à 100 %) dans une activité légère adaptée. C'est ainsi à tort que l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 23,45 % n'ouvrant pas le droit à la rente. L'aggravation progressive de son état de santé psychique et physique - attestée le 23 novembre 2012 par son médecin traitant -, ainsi que l'incidence de celle-ci sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité professionnelle adaptée (de l'ordre de trois ou quatre heures par jour au maximum avec une baisse de rendement significative), est avérée selon l'avis de trois médecins différents (le Dr W._____, le Dr G._____ et le Dr Q._____). Dans ces circonstances, il doit être admis que le taux d'invalidité du recourant atteint au minimum 60 %, lui ouvrant ainsi le droit à la rente. Le recourant conteste ensuite le taux d'abattement de 10 % retenu. A le suivre, ses circonstances personnelles (manque de scolarisation au Portugal, difficultés en langue française) et l'importance de ses limitations physiques, justifient de lui appliquer le taux maximum de 25 %.

Par décision du 9 juillet 2013 du Juge instructeur de la Cour de céans, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 juillet 2013, Me Ana Rita Perez étant désignée en tant qu'avocat d'office.

En annexe à sa réponse du 6 août 2013, l'Office AI produit un avis médical SMR du 30 juillet 2013 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie, aux termes duquel il dit se rallier et dont il ressort ce qui suit:

"Le rapport du 7.11.2012 mentionne le diabète, l'HTA et les douleurs du dos, traitées par AINS et antalgiques. Il atteste une incapacité de travail totale comme manœuvre depuis le 16.7.2011. Le status est

réduit à sa plus simple expression: rachis douloureux, sciatalgie droite, raideurs, marche pesante. L'évolution est qualifiée de stationnaire. L'activité adaptée peut être exercée 3-4 heures/jour. Notre position était fondée sur un avis du Dr W._____. Ce même médecin semble avoir aujourd'hui changé son estimation. Ceci implique logiquement une détérioration de l'état de santé entre les deux rapports (septembre 2011 et novembre 2012).

Nous ne pouvons pas maintenir notre position sans avoir vu l'assuré, ou fait procéder à une expertise rhumatologique. L'assuré étant indemne de maladie psychique selon le Dr Q._____, une expertise psychiatrique ne paraît pas nécessaire."

Par réplique du 12 septembre 2013, le recourant indique ne pas se rallier à l'appréciation de sa partie adverse. A le suivre, une expertise psychiatrique est nécessaire étant précisé que, depuis le rapport du Dr Q._____ du 21 mai 2013, la situation se serait détériorée compte tenu d'un état dépressif chronique susceptible d'influencer dans une large mesure sa capacité de travail. Il a produit à cet égard, un rapport médical établi le 16 août 2013 par le Dr W._____, à la teneur suivante:

"Monsieur A._____ souffre de lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit, de cervico-dorsalgies chroniques, de diabète et d'hypertension. Malgré plusieurs infiltrations facettaires au niveau L3-L4-L5 il n'y a pas eu d'amélioration. Une opération neurochirurgicale n'est pas recommandée en raison notamment du diabète du patient.

Monsieur A._____ est très handicapé par ses douleurs qui l'empêchent de travailler et le gênent dans les actes de la vie quotidienne. Il doit prendre des antalgiques, des anti-inflammatoires, des anti-hypertensifs et des anti-diabétiques quotidiennement.

Toutes ses pathologies ont des répercussions sur son moral et entraînent un état dépressif chronique.

Monsieur A._____, pour les raisons citées ci-dessus, est dans l'incapacité de travailler."

Le recourant a par ailleurs produit une note manuscrite du 5 juin 2013 du Dr D._____, médecin-conseil de V._____ Assurances (assureur perte de gain), à teneur de laquelle ce médecin relevait qu'une expertise par le "neurochirurgien" Dr P._____ devait être envisagée sans plus amples précisions ainsi que la copie de la convocation adressée le 14 juin 2013 par le Dr P._____ en vue de procéder à ladite expertise. Le

recourant en déduit que l'expertise devant être mise en œuvre doit également comporter un volet neurologique.

Par duplique du 1^{er} octobre 2013, l'intimé indique que les arguments développés par le recourant à l'appui de sa réplique ne sont pas de nature à modifier les termes de sa réponse du 6 août 2013. Il a également produit un avis médical SMR du 25 septembre 2013 du Dr H. _____, auquel l'intimé se rallie et dont il ressort ce qui suit:

"Pour motiver sa demande d'une expertise pluridisciplinaire, le mandataire juridique de l'assuré produit les documents suivants:

- Note du Dr W. _____, généraliste, du 16.8.2013 : cette note avance que l'assuré présente des rachialgies chroniques justifiant l'incapacité de travail et entraînant un état dépressif chronique.

Cet avis, émanant d'un non spécialiste, est contredit par le rapport étayé du Dr Q. _____, psychiatre, lequel ne retient pas d'atteinte psychique (21.5.2013). D'autre part, le rapport du Dr W. _____ du 7.11.2012 ne mentionne pas de traitement anti-dépresseur. Dans la note citée ci-dessus, le même médecin dit que son patient prend des antalgiques, des anti-inflammatoire, des anti-hypertensifs (sic) et des anti-diabétiques. De nouveau, pas de trace d'un anti-dépresseur. Convaincus que le Dr W. _____ ne s'est pas rendu coupable de négligence, cette absence de traitement psych-actif permet de penser que l'atteinte psychique, si elle existe, n'est pas préoccupante aux yeux du praticien.

- Note du Dr D. _____, médecin-conseil de V. _____, du 5.6.2013 : dans cette note, le Dr D. _____ dit qu'il faut envisager une expertise par le neurochirurgien Dr P. _____, sans argumenter d'aucune façon sa demande.

Pour ma part, j'observe que le Dr P. _____ n'est pas neurochirurgien, mais neurologue. D'autre part, il ressort clairement du dossier que l'atteinte rachidienne n'est pas passible d'un traitement chirurgical. Je ne vois pas l'utilité d'une expertise par un neurochirurgien.

- Convocation à une expertise par le Dr P. _____ du 14.6.2013 : établit que l'assuré est convoqué chez le spécialiste le 15.8.2013.

Cette convocation à la demande de l'assureur perte de gain n'appelle pas de commentaires de notre part. Toutefois, il va sans dire que nous sommes intéressés à prendre connaissance des conclusions du Dr P. _____.

En conclusion, nous pensons toujours qu'une expertise rhumatologique est nécessaire. Au vu de l'appréciation du Dr Q. _____, nous disons qu'une expertise psychiatrique n'est pas

indispensable. Enfin, un volet neurologique serait superfétatoire, puisque nous disposons déjà d'une expertise de cette spécialité."

Le 21 octobre 2013, le recourant affirme suivre un traitement à base d'antidépresseurs et produit en ce sens une ordonnance non datée établie par le Dr W._____ pour la prescription de Trimipramine (cpr. 25 mg). Il précise également recourir à la prise de Paceum (anxiolytique) et de Valium. Le recourant en déduit que son état psychique implique une instruction sur ce point au moyen d'une expertise, en particulier pour établir les répercussions de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Le recourant relève ensuite que le médecin du SMR adopte une position "quelque peu paradoxale" dès lors que celui-ci estime qu'une expertise neurologique serait superfétatoire mais indique simultanément, être intéressé à prendre connaissance des conclusions du Dr P._____. Ayant entre-temps changé d'assureur perte de gain, il précise à cet effet que l'expertise neurologique envisagée n'a finalement pas eu lieu. Le recourant estime par conséquent que l'expertise devant être mise en œuvre par l'intimé doit également comprendre un volet neurologique, ce d'autant que le médecin de l'AI souhaite connaître les conclusions de pareille expertise.

Le 12 novembre 2013, l'Office intimé a produit un nouvel avis médical SMR du 6 novembre 2013 des Drs R._____ et H._____, auquel il se rallie et qui a la teneur suivante:

"Mon appréciation des écrits de Me Ana Rita Perez du 21.10.23 est la suivante:

1. Contrairement à ce que dit l'éminente juriste, je n'ai jamais affirmé que l'assuré ne prenait pas d'antidépresseurs. J'ai simplement observé que le Dr W._____ ne faisait pas mention d'un tel traitement. Toute autre interprétation témoigne d'une lecture volontairement biaisée.

L'ordonnance produite par Me Ana Rita Perez l'est ici la première fois. Nous prenons donc acte du fait que le Dr W._____ a prescrit un antidépresseur le 23.11.2012. Rien n'indique que ce traitement a été poursuivi. J'observe encore que le Dr Q._____, psychiatre, ne mentionne pas de traitement médicamenteux dans son rapport de mai 2013.

2. La nécessité d'une expertise psychiatrique n'apparaît pas établie, du moment que nous disposons d'un rapport récent d'un psychiatre qualifié, ne retenant aucune pathologie psychique.
3. Il n'y a rien de paradoxal à dire que nous serions intéressés par la lecture d'une expertise neurologique mandatée par l'assureur perte de gain, même si nous la jugeons superfétatoire. A cet égard, je relève les faits suivants:

- L'IRM lombaire du 28.9.2011 ne montre pas de conflit radiculaire.
- Le rapport du Dr W. _____ du 28.12.2011 mentionne des douleurs, mais pas de déficit neurologique.
- L'attestation du Dr W. _____ du 23.11.2012 mentionne une probable neuropathie diabétique sans autre précision. A notre connaissance, le praticien n'a pas jugé nécessaire d'investiguer plus avant cette atteinte.

En conclusion de quoi, nous ne voyons pas l'utilité d'une expertise neurologique."

Un exemplaire de l'écriture précitée de l'intimé a été communiqué le 14 novembre 2013 au recourant, pour information.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des

exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 7 juin 2013 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle, du recourant compte tenu en particulier, d'une aggravation annoncée le 23 novembre 2012 par le médecin traitant (Dr W. _____), et partant, son droit éventuel à la rente AI.

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

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 (art. 28 al. 1 LAI).

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. 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_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). 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 confidentiels 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a).

d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité.

4. Le recourant reproche à l'intimé un manque d'instruction à la suite de l'aggravation de son état de santé annoncée à la fin novembre 2012, par son médecin traitant. Ainsi sur la base des avis médicaux des Drs W._____, G._____ et Q._____ au dossier et ceux produits en la cause, l'aggravation progressive de l'état de santé aurait pour conséquence l'ouverture du droit du recourant à trois-quarts de rente AI sur la base d'un taux d'invalidité d'au minimum 60 %. Une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) devrait être mise en œuvre étant précisé que depuis la mi-mai 2013, la situation se serait détériorée en raison de l'apparition d'un état dépressif à caractère chronique.

Se référant à l'avis du Dr K._____ de son SMR, l'intimé admet la nécessité de procéder à une expertise rhumatologique du recourant compte tenu de la détérioration de l'état de santé intervenue entre septembre 2011 et novembre 2012. L'OAI retient cependant d'une part que la réalisation d'une expertise psychiatrique n'est pas indispensable et d'autre part qu'un volet neurologique serait superfétatoire. Concernant ce dernier plan, l'intimé se dit néanmoins intéressé à prendre connaissance

des conclusions du Dr P._____ mandaté par l'assureur perte de gain du recourant.

a) Sur le plan rhumatologique/orthopédique les parties s'accordent, au vu de l'aggravation de l'état de santé relevée par le Dr W._____, quant à la nécessité de mettre en œuvre une expertise du recourant (cf. avis médicaux SMR du Dr K._____ des 30 juillet 2013 et 25 septembre 2013). Ce premier point n'est par conséquent pas litigieux en l'espèce.

b) S'agissant du plan psychiatrique, le Dr Q._____ ne retient pas de maladie psychiatrique au premier plan au mois de mai 2012. Ce psychiatre observe cependant une claire dégradation de la situation sociale et financière du recourant qui cumulée aux douleurs constituent des facteurs "de stress intenses" ayant "un effet dévastateur impliquant des sentiments de résignation, d'incompréhension et de désespoir" conduisant à un isolement social progressif entraînant une dégradation de son intégrité psychique et physique. S'il n'a pas retenu d'état dépressif, le Dr Q._____ a constaté que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles (difficultés de concentration, de compréhension, des problèmes mnésiques et d'adaptation liées à l'amplitude des douleurs) qui justifiaient une capacité de travail à temps partiel dans toute activité professionnelle. Le fait que ce psychiatre retienne à la fois l'absence de maladie psychique au premier plan et une incapacité de travail ne permet pas à l'OAI au vu de cette contradiction de retenir que l'assuré ne présente pas d'atteinte psychiatrique invalidante, de sorte qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour cette raison déjà. A cela s'ajoute le fait que le dernier examen pratiqué par le Dr Q._____ remonte au mois de mai 2012 (cf. rapport médical du 21 mai 2013 du Dr Q._____) et est donc antérieur à l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant constatée les 19 décembre 2012 et 16 août 2013 par le Dr W._____. Vu l'incertitude concernant d'une part l'impact de l'aggravation de l'état physique et sa probable implication dans l'aggravation de l'état psychique, attestée par le médecin traitant, sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée et le

moment de sa survenance d'autre part, la cour considère qu'il se justifie également de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour ce motif.

c) Concernant le plan neurologique, on ne trouve pas trace au dossier d'une expertise réalisée en ce domaine. Or dans son rapport du 19 décembre 2012, le Dr W._____ a notamment posé le diagnostic invalidant de diabète avec probable neuropathie des membres inférieurs. Le 16 août 2013, ce même médecin relevait en particulier qu'une opération neurochirurgicale n'était pas recommandée notamment en raison du diabète de son patient. Quoiqu'en dise l'intimé, ce dernier constat ne permet pas encore de retenir que le recourant ne présente pas de limitations fonctionnelles pour des problèmes neurologiques, ce d'autant plus qu'il présente en plus des lombosciatalgies une neuropathie des membres inférieurs. C'est selon toute vraisemblance fort d'une telle analyse que le médecin-conseil de l'assureur perte de gain, le Dr D._____, a décidé de mandater le Dr P._____ pour la réalisation d'une expertise neurologique du recourant. Ces constatations s'avèrent d'autant plus convaincantes que le médecin du SMR (Dr K._____) souhaite lui-même expressément avoir connaissance d'une éventuelle évaluation neurologique (cf. avis médical SMR du 25 septembre 2013 du Dr K._____). Dans ces circonstances, la cour de céans est d'avis qu'il se justifie également de soumettre le recourant à une expertise neurologique.

5. a) 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'office AI 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. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_736/2012 du 20 septembre 2013, consid. 3.3, 8C_592/2012 du 23 novembre 2012, consid. 5.1 et les références citées, 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle 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, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e ed. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, 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 (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° u 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

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 récemment 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 que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1, 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5;).

b) En l'espèce, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 4 supra), l'instruction menée par l'intimé sur les plans rhumatologique/orthopédique, psychiatrique et neurologique est lacunaire et ne permet par conséquent pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique/orthopédique, neurologique et psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, étant rappelé que depuis le 1^{er} mars 2012, les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral AI par une convention (art. 72bis al. 1 RAI). Ladite expertise devra notamment porter sur les affections dont est atteint le recourant, leur évolution et leurs conséquences sur la capacité de travail de celui-ci, en particulier depuis l'aggravation de l'état de santé survenue en novembre 2012.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

c) Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] appliqué par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office

(cf. art. 2 al. 1 RAJ [Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) –, Me Ana Rita Perez, conseil du recourant, a produit, le 25 octobre 2013, la liste détaillée de ses opérations, dont il ressort que pour la période courant du 17 juin 2013 au 25 octobre 2013, elle a consacré 16 heures et 55 minutes à la défense des intérêts de son client, débours en sus par 102 fr. (hors TVA). Cette liste comprend toutefois des opérations antérieures à la présente procédure judiciaire introduite le 8 juillet 2013, date à laquelle a également pris effet le bénéfice de l'assistance judiciaire accordé au recourant. A cet égard, concernant les effets temporels d'une requête d'assistance judiciaire, la doctrine précise que l'assistance judiciaire peut être demandée en tout temps, avant ou durant la procédure, que son octroi rétroagit au jour de la demande et qu'elle s'étend aux démarches urgentes entreprises peu avant; les cantons peuvent se montrer plus généreux (cf. Bernard Corboz, Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire, in SJ 2003 II p. 74). Dans le cadre de procédures cantonales de recours, la jurisprudence en matière d'assurances sociales – rendue sous l'empire de l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10) mais qui s'applique toujours depuis l'entrée en vigueur de l'art. 61 let. f LPGA (cf. TFA H 106/2003 du 21 août 2003, in SVR 2004 AHV n°5 p. 17) – a précisé que l'octroi de l'assistance judiciaire à compter uniquement de l'introduction de la demande n'est pas conforme au droit fédéral dans l'éventualité où les conditions de l'octroi auraient été réalisées auparavant (cf. TF 9C_735/2011 du 22 juin 2012, consid. 3 et les références citées).

Il y a donc lieu tout d'abord d'examiner le caractère nécessaire des opérations accomplies avant le 8 juillet 2013 pour l'exercice du droit de recours contre la décision de l'OAI et, cas échéant, de les retenir dans l'indemnisation de l'avocat d'office, ces opérations comportant au moins l'étude du dossier et la préparation du mémoire de recours (cf. TF 9C_735/2011 précité, consid. 5.2). Dans le cas particulier, il se justifie de tenir compte des opérations effectuées à partir du 17 juin 2013, date à laquelle Me Rita Perez a appris que son client s'était vu notifier la décision entreprise; en tant que ces opérations comprennent essentiellement des

prises de contact avec le recourant, l'OAI et V._____, l'étude du dossier et des recherches juridiques, à raison de 7 heures et 52 minutes, on peut admettre qu'elles étaient nécessaires à la présente procédure. Quant aux opérations effectuées dès le 8 juillet 2013, à hauteur de 9 heures et 3 minutes, il y a lieu de considérer qu'elles aussi rentrent globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir un temps total de 16 heures et 55 minutes de prestations au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant s'élevant à 3'288 fr. 60 TVA de 8% comprise. De surcroît, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Il ressort de la liste établie par le conseil d'office qu'aux opérations effectuées depuis le 17 juin 2013 correspondent des débours s'élevant à 102 fr., auxquels il convient d'ajouter 8 fr. 15 de TVA. L'indemnité totale du défenseur d'office est ainsi fixée à 3'398 fr. 75 (3'288 fr. 60 + 110 fr. 15) TVA de 8% comprise.

Le recourant qui obtient gain de cause, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]) et qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire.

**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 7 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'indemnité d'office de Me Ana Rita Perez, conseil du recourant, est arrêtée à 3'398 fr. 75 (trois mille trois cent nonante-huit francs et septante-cinq centimes) TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Ana Rita Perez (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :