

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Dessaux
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

I. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 17 LPGA; art. 82 LPA-VD

Vu la demande de prestations AI déposée le 1^{er} septembre 2005 par I._____, (ci-après: l'assuré), né en 1960, et ayant travaillé depuis 1988 en qualité de manoeuvre dans l'entreprise B._____,

vu le rapport d'expertise du 22 août 2005 du Dr R._____, spécialiste en médecine interne, mandaté par l'assureur perte de gain, posant les diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales invalidantes sur rectitude et inversion de courbure du rachis cervical, discopathies C2-C3, C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7 avec protrusion discale C6-C7 et rétrécissement des trous de conjugaison droit C5-C6, troubles de l'adaptation, décompression micro-vasculaire du nerf facial gauche le 12 avril 2001 pour spasme hémifacial et hypercholestérolémie anamnestique, ce praticien retenant une incapacité de travail totale,

vu le rapport médical du 5 octobre 2005 du Dr J._____, psychiatre traitant, qui pose les diagnostics de réaction dépressive prolongée (F 43.21), troubles de la personnalité de type anxieuse (F 60.6), trouble de l'adaptation (F 43.2) et arthrose ainsi que hernies de la colonne cervicale,

vu le rapport médical du 18 octobre 2005 de la Dresse F._____, rhumatologue, posant les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de syndrome cervical chronique sur rectitude et inversion de courbure du rachis cervical, discopathie C2 à C7, protrusion discale C3-C4, C4-C5, rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 gauche, lombosciatalgie gauche sur discopathie L5-S1, hernie discale médiane à paramédiane gauche L5-S1, dysbalance musculaire et état dépressif, ainsi que les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de status après décompression micro-vasculaire du nerf facial gauche pour un spasme hémifacial, cette praticienne mentionnant en dernier lieu une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} février 2005,

vu le rapport d'expertise du 30 octobre 2006 des Drs O._____, S._____ et V._____, respectivement neurologue, psychiatre et

rhumatologue à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR), posant les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques (M 54.2), avec discopathie étagée C2-C7, et de lombocruralgies gauches chroniques (M 54.5), avec hernie discale L3-L4 gauche extraforaminale, discopathie étagée L3-S1 et séquelles d'ostéodystrophie de croissance lombaire, les experts ne retenant aucun diagnostic psychiatrique et relevant ce qui suit:

"L'examen psychiatrique se révèle dans les limites normales chez un sujet dont la personnalité est fruste, d'allure psychorigide. Les plaintes actuelles, mineures, témoignent d'un malaise légitime dans le contexte social et ne sauraient en l'état constituer une maladie psychiatrique, n'émargeant même pas à une dysthymie. Il n'est ainsi pas possible actuellement de retenir le diagnostic, non étayé, de "trouble de l'adaptation", qui par définition n'excède pas 6 mois. Le diagnostic de "réaction dépressive prolongée" avancé par le Dr J. _____ dans son rapport du 18.10.2005 n'est plus retenu actuellement, les quelques plaintes relevées sur le plan psychique ne constituant en aucune façon une maladie psychiatrique ou une comorbidité. Enfin l'examen actuel ne permet pas d'étayer le diagnostic de "trouble de la personnalité anxieuse" en l'absence de critères d'un trouble de la personnalité comme d'un ensemble de caractères fixes et "actifs" dépassant les simples traits de caractère.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts admettent une atteinte significative à la santé physique, à l'exclusion de toute pathologie psychiatrique. Cette atteinte se caractérise par des troubles dégénératifs marqués et pluriétagés du rachis cervical et par un syndrome radiculaire irritatif L3 gauche, selon toute vraisemblance lié à une hernie discale extraforaminale L3/L4. Même si la description, par l'intéressé, de la douleur et de son retentissement sur les activités courantes paraît hors de proportion et même si, par son comportement, il perturbe considérablement l'appréciation médicale, les lésions somatiques objectivement mises en évidence sont propres à engendrer des limitations fonctionnelles importantes, aussi bien dans les mouvements de la tête que dans le port de charges. On doit donc admettre une incapacité totale dans l'activité de conducteur de Clark attestée par tous les médecins ayant eu à se prononcer sur cet aspect jusqu'ici, et ce depuis la date indiquée par le médecin traitant (1^{er} février 2005). En revanche, dans une activité adaptée au handicap, par exemple à un établi, dans la manutention de pièces de faible poids, M. I. _____ reconnaît lui-même posséder des aptitudes résiduelles. Dans une telle activité, la capacité médico-théorique est élevée: elle dépasse sans aucun doute 70%. Les obstacles contextuels à une réintégration professionnelle, en particulier socioculturels énumérés plus haut, sortent de notre champ de compétence et ne sont pas pris en compte dans cette évaluation".

vu le rapport du 20 novembre 2006 de la Dresse Y. _____ du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) retenant une capacité de

travail de 0% dès le 1^{er} février 2005 dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter une position statique prolongée debout, assis en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, en rotation-flexion extrême de la tête, des mouvements répétitifs avec la nuque, le port de charges étant limité à 10 kg occasionnellement),

vu le rapport du 20 novembre 2007 de l'Oriph, selon lequel l'équipe d'observation est d'avis que face à des activités légères adaptées, la capacité résiduelle de travail de l'assuré est encore importante, un rendement de 80% sur la journée entière de travail pouvant être exigé,

vu le rapport du 12 novembre 2007 du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale, précisant que le travail pouvant être effectué par l'assuré doit être relativement léger, tenir compte des limitations décrites par le SMR, être simple et qu'il pourrait s'agir de conditionnement simple, d'emballage, de conduite de machines de production et réglées par exemple,

vu la décision rendue le 10 novembre 2008 par l'OAI rejetant la demande de rente et considérant notamment ce qui suit:

"• L'examen médical au COMAI s'est déroulé les 23 et 24 octobre 2006. Sur la base de l'expertise en question et selon l'examen de celle-ci par le SMR, nous constatons que votre atteinte à la santé est invalidante et qu'elle vous empêche l'exercice de votre activité de manoeuvre depuis le mois de février 2005.

• Par contre dans une activité adaptée, en tenant compte de certaines limitations fonctionnelles, nous constatons que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% avec une baisse de rendement de 20%.

• Pour ce faire, nous avons mandaté notre service de réadaptation pour mettre en place des mesures professionnelles. Une mesure au COPAI a été effectuée. L'évaluation de votre capacité de travail confirme le rendement de 80% qui peut être exigé sur toute la journée pour autant que l'activité soit adaptée, simple, répétitive, telle que montage, conditionnement, manutention, tri et contrôle visuel de qualité ainsi que la conduite/alimentation de machines-outils. Un autre stage au sein de l'APAIL s'est déroulé mais a été interrompu de manière prématurée. En effet, vous restiez très centré sur vos douleurs.

- Sur la base de ce qui précède, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par une approche théorique, ce qui veut dire que nous comparons les gains que vous réaliseriez sans atteinte à la santé à ceux que vous êtes en mesure de réaliser dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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 2006, CHF 4732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 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 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Votre rendement correspondant à 80%, le salaire précité doit être réduit et correspond donc à CHF 47'357.86.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 44'989.96.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF 56'702.35
avec invalidité	CHF 44'989.95

La perte de gain s'élève à CHF 11'712.40 = un degré d'invalidité de 20.65%.

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

vu le certificat médical du 24 janvier 2011 de la Dresse F._____ selon lequel l'état de santé de l'assuré ne lui permet pas de rechercher un emploi pour une durée indéterminée,

vu le rapport final du 28 janvier 2011 de la division administrative de l'OAI indiquant notamment avoir eu un entretien téléphonique avec la Dresse F._____ dont il résulte que l'assuré n'est plus en mesure d'être réinséré dans l'économie libre, la situation restant inchangée médicalement mais différents problèmes familiaux affectant particulièrement le moral de l'assuré,

vu la décision rendue le 17 mars 2011 par l'OAI mettant fin à l'aide au placement,

vu la deuxième demande de prestations AI déposée par l'assuré le 27 septembre 2012,

vu le rapport médical du 23 octobre 2012 de la Dresse F._____, qui pose les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de syndrome cervical chronique - sur rectitude et inversion de courbure du rachis cervical, discopathie C2 à C7, protrusion discale C3-C4, C4-C5 et rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 gauche - existant depuis 1997, de lombosciatalgie gauche - sur discopathie L5-S1, hernie discale médiane à paramédiane gauche L5-S1 et dysbalance musculaire -, existant depuis juin 2005 ainsi qu'un état dépressif existant depuis 2002 et sans influence sur la capacité de travail de status après décompression micro-vasculaire du nerf facial gauche le 12 avril 2001 pour un spasme hémifacial, cette praticienne mentionnant en outre: "*cf. mon rapport du 18 octobre 2005, ainsi que le rapport d'expertise médicale de la clinique de Sion [...]. Depuis lors Monsieur I._____ se plaint toujours de la région cervicale dans une moindre mesure de la région lombaire. Il effectue occasionnellement de la physiothérapie qui le soulage transitoirement. [...]* Vu la problématique de base, sa durée, l'absence de réponse au

traitement entrepris, le pronostic est mauvais. Le patient n'a pas travaillé depuis mon certificat du 18.10.2005",

vu le rapport du 29 novembre 2012 du Dr J. _____ qui pose les diagnostics de réaction dépressive prolongée (F 43.21) et de personnalité anxieuse (troubles) (F 60.6), existant depuis 2002, ce praticien ayant constaté un état dépressif suite aux douleurs cervicales importantes de l'assuré et, en ce qui concerne la capacité de travail, indiquant qu'il y a lieu de voir avec le médecin traitant sur le plan physique,

vu l'avis médical du 28 mai 2013 du Dr W. _____ du SMR qui mentionne notamment ce qui suit:

"RM du Dr F. _____, rhumatologue, reçu le 25.10.2012: aucune incapacité de travail n'est attestée par un certificat. Les diagnostics retenus sont déjà connus. Le MT se rapporte pour l'anamnèse au rapport de la CRR et des plaintes cervicales de l'assuré, toujours actuelles, plus marquées au niveau cervical qu'au niveau lombaire. La physiothérapie le soulage transitoirement. L'antalgie est assurée par Lyrica® 150 mg/j, Efexor® 2 x 75 mg/j, Lodin® 300 mg 1 à 2 cp/j. Le rapport se base sur la consultation du 04.07.2012, que nous avons comparée aux examens précédents. Au niveau cervical, la distance menton/sternum de 20 - 3 cm représente par rapport à l'examen du Dr R. _____ une nette amélioration et de l'extension et flexion de la nuque (11 - 7 cm à l'époque). Il en est de même des rotations gauche/droite qui étaient à l'époque de 10 - 0 - 20 et qui sont actuellement de 30° ddc. En ce qui concerne la région lombaire, si l'on peut imaginer que la distance doigts-sol de 40 cm mesurée par le Dr F. _____ représente une aggravation par rapport au 35 cm mesurés à la CRR, la présence d'un même index de Schober à 10-12 cm permet d'affirmer que le status n'a pas changé. En conséquence, nous ne pouvons que constater une amélioration par rapport à l'expertise de la CRR.

En ce qui concerne le côté psychiatrique, le Dr J. _____, psychiatre traitant, amène les diagnostics de réaction dépressive prolongée (F 43.21) et de personnalité anxieuse (F 60.6) existant depuis 2002. L'expertise à la CRR a démontré que l'on ne pouvait pas retenir un trouble de la personnalité anxieuse (cf page 10 de la CRR). En ce qui concerne le diagnostic de réaction dépressive prolongée maintenu par le psychiatre traitant (F 43.21), l'exemplaire bleu de la CIM-10 page 135, nous démontre qu'il s'agit d'un état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de deux ans. Un état dépressif léger n'est pas selon la CIM-10 susceptible de représenter une quelconque incapacité de travail.

En conséquence, les éléments qui nous sont fournis actuellement ne permettent de démontrer ni une aggravation ni un quelconque

facteur susceptible de représenter une incapacité de travail. Sur ces bases, nous devons conclure qu'il n'existe pas de faits nouveaux".

vu le projet de décision du 17 juin 2013 par lequel l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande,

vu la décision rendue le 9 septembre 2013 par l'OAI rejetant la demande de prestations et dont la teneur est notamment la suivante:

"Vous sollicitez un nouvel examen de votre droit à une rente. La première demande avait fait l'objet d'un refus après une expertise multidisciplinaire auprès de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) le 30 octobre 2006 vous reconnaissant une capacité de travail nulle dans votre activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée respectant vos limitations fonctionnelles.

Votre atteinte à la santé consistait en des cervicalgies chroniques dans le cadre de discopathies étagées C2-C7, des lombocruralgies gauches chroniques, sans troubles décompensés de la personnalité et sans maladies psychiatriques autres. Un diagnostic de trouble de la personnalité anxieuse ou de trouble de l'adaptation ne pouvait être étayé et la capacité de travail était totale sur le plan psychiatrique.

La présente instruction a donc ramené deux rapports médicaux de la part de la Dresse F. _____ le 25 octobre 2012 et le Docteur J. _____, médecin psychiatre, le 29 novembre 2012.

Nous constatons que sur le plan somatique, aucune incapacité de travail n'est attestée par un certificat médical. Les diagnostics retenus sont déjà connus. Le médecin rapport pour l'anamnèse au rapport de la CRR et des plaintes cervicales de l'assuré, toujours actuelles, plus marquées au niveau cervical qu'au niveau lombaire. Le rapport médical se base sur la consultation du 4 juillet 2012 que nous avons comparé aux examens précédents et qui montre une amélioration par rapport à l'expertise de la CRR.

En ce qui concerne le côté psychiatrique, le Docteur J. _____, votre médecin psychiatre traitant, amène les diagnostics de réaction dépressive prolongée et de personnalité anxieuse depuis 2002. Toutefois, le versant psychiatrique de l'expertise à la CRR a démontré que l'on ne pouvait pas retenir un trouble de la personnalité anxieuse. En ce qui concerne le diagnostic de réaction dépressive prolongée maintenu, il s'agit d'un état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de deux ans. Un état dépressif léger n'est pas selon la CIM-10 susceptible de représenter une quelconque incapacité de travail.

En conséquence, les éléments qui nous sont fournis actuellement ne permettent de démontrer ni une aggravation ni un quelconque facteur susceptible de représenter une incapacité de travail. Sur ces bases, nous devons conclure qu'il n'existe pas de faits nouveaux.

En l'espèce, les termes de notre décision du 10 novembre 2008 restent valables, c'est-à-dire que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% avec diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée. Le calcul étant le même, vous présentez donc un degré d'invalidité de 21% qui n'ouvre pas le droit à une rente vu qu'il est inférieur à 40%".

vu le recours interjeté le 7 octobre 2013 par I._____ concluant à l'octroi d'une rente entière, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à être dispensé de toute avance de frais vu sa situation financière, soutenant que le Dr J._____ a confirmé qu'il présentait une réaction dépressive prolongée et une personnalité anxieuse, troubles susceptibles d'expliquer son incapacité de travail actuelle qu'il estime totale,

vu la lettre du 25 juillet 2013 du Dr J._____ confirmant les diagnostics posés dans son rapport du 29 novembre 2012 et constatant que le Dr W._____ n'a fait que relever le diagnostic psychiatrique posé par l'experte S._____ de la CRR,

vu les pièces du dossier;

attendu qu'en vertu de l'art. 93 al. 1 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), la Cour des assurances sociales est compétente pour statuer sur les recours conformément à l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que l'art. 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1),

que, lorsque comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue et doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3 p. 73 ss; TF 9C_740/2010 du 26 avril 2011 consid. 2.1),

que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision, la rente pouvant être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b),

qu'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées),

que le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées),

qu'en l'espèce sur le plan somatique lors de la décision rendue le 10 novembre 2008, ont été retenus les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques (M 54.2), avec discopathies étagées C2-C7, et lombocruralgies gauches chroniques (M 54.5), avec hernie discale L3-L4 gauche extraforaminale, discopathie étagée L3-S1 et séquelles d'ostéodystrophie de croissance lombaire, ces affections ayant pour conséquence une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré,

qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, la Dresse F._____, dans son rapport du 23 octobre 2012, ne pose pas de nouveaux diagnostics, ni ne mentionne d'aggravation de l'état de santé du recourant, ne se prononçant en particulier pas sur la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée,

que d'ailleurs le Dr W._____, après comparaison des divers rapports médicaux, constate même une amélioration de l'état de santé du recourant sur le plan somatique,

que sur le plan psychique, le Dr J._____ avait posé en octobre 2005 les diagnostics de réaction dépressive prolongée, de troubles de la personnalité de type anxieuse et trouble de l'adaptation, ces diagnostics ayant été écartés par les experts dans leur rapport du 30 octobre 2006 et par l'OAI dans sa décision du 10 novembre 2008, aucune incapacité de travail n'étant retenue sur ce plan,

que, dans son rapport du 29 novembre 2012, le Dr J._____ pose à nouveau les diagnostics de réaction dépressive prolongée et de personnalité anxieuse, existant depuis 2002,

qu'il ne les documente pas et ne mentionne pas non plus une aggravation de l'état de santé du recourant,

qu'il ne retient pas d'incapacité de travail, renvoyant sur cette question à l'appréciation du médecin traitant le recourant sur le plan physique,

qu'il n'y a ainsi pas de modification de l'état de santé du recourant depuis la décision du 10 novembre 2008,

que le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que la requête d'expertise du recourant ne peut être admise (ATF 134 I 140 consid. 5.3),

que c'est dès lors à juste titre que la nouvelle demande qu'il a déposée a été rejetée par l'OAI,

qu'au vu de ce qui précède, le recours paraît manifestement mal fondé, de sorte qu'il doit être rejeté et la décision du 9 septembre 2013 confirmée;

attendu que le recourant a demandé l'assistance judiciaire, dans le cadre de son recours, en ce sens qu'il soit exonéré de l'avance de frais,

qu'en vertu de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est accordée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés,

qu'au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès,

qu'une personne raisonnable aurait vraisemblablement renoncé à engager une telle procédure compte tenu des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter,

que dans ces conditions, l'assistance judiciaire doit être refusée,

que le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens (art. 4 du tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 9 septembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. La requête d'assistance judiciaire du 7 octobre 2013 est rejetée.

- IV. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- I. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :