

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 octobre 2011

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : M. Métral et M. Perdrix, assesseur  
Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI**

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

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est un ressortissant serbe au bénéfice d'un permis d'établissement, sans formation professionnelle. Le 24 novembre 1997, il a chuté d'un toit alors qu'il travaillait comme aide-couvreur. Il a subi une fracture stable de D11 et une fracture instable de L1, qui ont été traitées par spondylodèse D12-L2 le 25 novembre 1997. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge, y compris les rechutes qui ont suivi. Par décision du 15 février 2000, la CNA a notamment considéré que, au regard des appréciations médicales, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans des activités légères, ne sollicitant pas le dos et ne demandant qu'un port occasionnel de charges d'un poids maximal de 10 kg. L'assuré a également été mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15%.

A l'occasion d'une rechute, l'assuré a séjourné du 17 novembre au 7 décembre 2004 à la Clinique de réadaptation de [...]. Les médecins de cet établissement ont précisé, dans leur rapport du 6 décembre 2004, que l'activité de ferrailleur, ou toute autre activité lourde, était désormais exclue. En revanche, une activité légère à moyennement lourde pouvait quant à elle être exercée toute la journée, moyennant une alternance des positions (marche, position debout, position assise).

Le 18 avril 2007, à l'occasion d'une nouvelle rechute, l'assuré a été examiné par le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la CNA, qui a conclu à l'absence d'aggravation par rapport à la situation prévalant en 2000, la capacité de travail de l'assuré restant entière dans une activité adaptée. Par décision du 25 avril 2007, la CNA a mis fin à ses prestations, après avoir conclu à une perte économique inférieure à 10%. Cette décision, qui concerne les suites de l'accident de 1997, y compris les rechutes qui ont suivi, a été confirmée par décision sur opposition du 29 mai 2008 entrée en force, l'assuré ne l'ayant pas contestée.

**B.** Le 1<sup>er</sup> mai 2007, l'assuré a été engagé en qualité d'ouvrier ferrailleur par la société O.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...]. Par déclarations de sinistre LAA des 5 juillet et 21 août 2007, il a fait annoncer par son employeur un accident survenu sur un chantier le 21 juin 2007. Selon ces documents, l'assuré avait glissé, était tombé et s'était blessé au dos. Il a été adressé le 25 juin 2007 au M.\_\_\_\_\_ (M.\_\_\_\_\_), où il a subi le lendemain une IRM dorso-lombaire, laquelle n'a mis en évidence aucun changement par rapport à un examen du même type pratiqué avant l'accident, le 15 janvier 2007. Le 10 octobre 2007, le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin-assistant en chirurgie au M.\_\_\_\_\_, a confirmé avoir donné les premiers soins à l'assuré le 25 juin 2007 et a diagnostiqué une contusion dorso-lombaire avec hypoesthésie mal systématisée. Le 19 juillet 2007, l'assuré a consulté son médecin traitant, le Dr S.\_\_\_\_\_, qui a posé, dans un rapport du 31 août 2007, le diagnostic de dorso-lombalgie sur chute.

Le 28 octobre 2007, la société O.\_\_\_\_\_ Sàrl a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet immédiat, au motif que son employé avait arrêté le travail par sa propre volonté et non à cause d'un accident.

Le 15 novembre 2007, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré. Il a conclu que l'impression qui prévalait était que l'accident du 21 juin 2007 n'avait pas entraîné grand-chose. En revanche, l'arrêt de travail qui s'en était suivi avait déconditionné à nouveau l'assuré. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé que le vrai problème de l'assuré était celui de sa réinsertion professionnelle, ce dernier n'étant compétent que dans des activités largement inadaptées aux séquelles de son accident et étant incapable de trouver un emploi qui lui convienne ou qui soit adapté à son état de santé.

Du 11 au 28 décembre 2007, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) en vue d'une rééducation fonctionnelle. Dans un rapport du 10 janvier 2008, les médecins de cet établissement ont posé les diagnostics de

dorsolombalgies chroniques irradiant dans les membres inférieurs, de cervicalgies chroniques, de cyphose D11-L2 (séquelle post-traumatique), de fractures de D11 et L1 en 1997 suivies d'une ostéosynthèse D12-L2 puis d'une AMO en 1998, et de discret rétrolisthésis L2-L3 d'origine dégénérative. Des céphalées chroniques de tension avec possible composante médicamenteuse et une obésité de stade II étaient citées à titre de co-morbidités. Selon ces mêmes médecins, l'IRM lombaire du 26 juin 2007 était bien superposable à l'IRM du 15 janvier 2007. Les clichés standards mettaient en évidence quelques troubles dégénératifs au niveau L2-L3 (spondylose et discret rétrolisthésis sans instabilité mesurable). A l'examen clinique du conseilium neurologique, on relevait des incohérences et des douleurs qui n'étaient pas reproductibles. L'examen et l'ENMG ne montraient pas de signe en faveur d'une atteinte médullaire, radiculaire, tronculaire ou plexulaire. La longue durée des céphalées sans changement de caractère et la normalité de l'examen neurologique parlaient contre des céphalées symptomatiques. Les médecins de la CRR ont noté en outre que l'assuré s'auto-limitait dans tous les mouvements et tous les tests et que, à deux reprises, ils avaient observé un passage spontané rapide de la position couchée à assise, sans l'aide des mains. Par ailleurs, il ressort du conseilium psychiatrique que la thymie était discrètement diminuée, mais sans ralentissement psychomoteur. L'assuré rapportait une perte de plaisir et d'intérêt dans certaines de ses activités. Il se disait inquiet pour son avenir professionnel et rapportait un sentiment d'injustice par rapport à son licenciement. Ce conseilium concluait à quelques éléments anxio-dépressifs mais de degré modéré, n'atteignant pas un seuil diagnostique. On notait une surcharge psychique en raison du licenciement, de l'absence de soutien de l'employeur, de problèmes financiers et d'un avenir flou. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait pas de proposition particulière, l'assuré n'en demandant pas et se montrant réticent à toute prescription médicamenteuse pour des troubles du sommeil. Au vu de l'ensemble de ces éléments, rien ne permettait donc d'affirmer que le traumatisme du 21 juin 2007 avait aggravé durablement l'atteinte à la santé pré-existante. Une incapacité de travail totale n'était reconnue que pour la durée du séjour.

Le 10 mars 2008, le Dr L. \_\_\_\_\_ a examiné une nouvelle fois l'assuré. Il a de nouveau conclu que l'accident du 21 juin 2007 n'avait pas entraîné grand-chose et qu'il ne développait certainement plus d'effets.

Par décision du 9 avril 2008, confirmée par décision sur opposition du 29 mai 2008, la CNA a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux au 31 mars 2008 en ce qui concernait les suites de l'accident du 21 juin 2007, considérant que la capacité de travail de l'assuré restait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette décision a été confirmée le 16 juin 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et le 7 avril 2010 par le Tribunal fédéral.

**C.** Le 25 février 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), déclarant souffrir de maux de dos depuis son accident du 21 juin 2007.

Dans un rapport du 26 mars 2008 établi à l'intention de l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, existant depuis le 21 juin 2007, de chute sur un chantier avec forte exacerbation des dorsalgies, de statut après fracture instable L1 associée à une fracture stable D11 consécutive à une chute du 24 novembre 1997 avec spondylodèse D12-L1 et AMO en 1998, de discrets rétrolisthésis L2-L3 d'origine dégénérative, de dorsolombalgies chroniques irradiant dans les membres inférieurs, de cervicalgies chroniques et de cyphose D11-L2. Ce médecin a par ailleurs indiqué que la capacité de travail de son patient était nulle dans son activité habituelle. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 13 mai 2008 adressé à l'OAI, les médecins de la CRR ont relevé que l'assuré avait la perception d'un handicap fonctionnel majeur qui ne pouvait être amélioré par les mesures

médicales. Une rééducation fonctionnelle intensive à la CRR n'avait eu aucun impact sur ses troubles subjectifs et sur ses aptitudes fonctionnelles. La conséquence était que, bien que l'assuré eût des aptitudes fonctionnelles résiduelles lui permettant d'avoir une activité professionnelle, il ne se voyait pas travailler et que les chances d'une réintégration professionnelle étaient donc faibles.

Du 9 juin au 15 août 2008, l'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce de l'AI, sous la forme d'un cours de langue.

Dans un projet de décision du 16 avril 2009, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a été retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, soit une activité légère à moyennement lourde, permettant une alternance des positions - en marche, stationnaire, assise - sans travail penché en avant ou en rotation du tronc. Or le revenu auquel l'assuré pouvait prétendre dans une telle activité se révélait supérieur à son revenu sans invalidité, de sorte qu'aucun droit à des prestations de l'AI lui était ouvert.

L'assuré a contesté ce projet de décision. Il a demandé qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée et a produit un rapport médical du 11 mars 2009, dans lequel les Drs B.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Département de psychiatrie du [...], et W.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont retenu, après avoir vu l'assuré en consultation à trois reprises, les diagnostics d'épisode dépressif moyen, léger à moyen et de trouble douloureux somatoforme et mentionné notamment ce qui suit :

« Nous retenons comme diagnostic principal un épisode dépressif majeur, chronique, léger à moyen, qui se caractérise par les symptômes suivants : humeur triste, irritabilité, baisse du plaisir, baisse de la motivation, difficultés d'endormissement et forte tension interne.

Nous retenons également un trouble douloureux somatoforme. En effet les douleurs présentées par le patient sont au centre du tableau clinique, à l'origine d'une souffrance significative, altérant le fonctionnement social et professionnel du patient. Des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans l'intensité et la

persistance de ces douleurs. Nous ne sommes pas dans un trouble factice, des éléments somatiques sont à l'origine des douleurs, ceux-ci sont cependant influencés, amplifiés par des facteurs psychologiques.

Le patient décrit un sentiment d'injustice concernant la gestion des suites de son accident par la SUVA. Il ne comprend pas comment ils peuvent remettre en question le fait que ses douleurs dorsales soient liées à son accident.

Un tournant dans l'investigation a lieu après le jugement au Tribunal des assurances le 29 janvier 2009, le patient qui présente des témoins confirmant l'accident sur le chantier, se sent reconnu dans sa souffrance. Ce conflit avec la SUVA a mis la situation financière de M. P. \_\_\_\_\_ et sa famille à mal, fin 2007 l'assurance maladie refusant de payer son salaire, il se retrouve pendant 5 mois sans revenu avant de demander de l'aide à l'assistance sociale. »

Le 17 juin 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a établi un rapport qui mentionne ce qui suit :

« Les Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ retiennent les diagnostics d'épisode dépressif moyen, léger à moyen (sic), et de trouble douloureux somatoforme. Ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles psychiatriques.

Ce document appelle plusieurs commentaires :

1. Le consilium a été demandé en raison d'une humeur instable, d'une irritabilité, de troubles du sommeil et de ruminations anxieuses depuis quelques mois. On conclut logiquement que cette symptomatologie est d'apparition récente, et qu'elle n'existait pas auparavant. Nous savons en tous les cas que les manifestations anxio-dépressives n'atteignaient pas le seuil diagnostique lors du séjour à la CRR en décembre 2007. Ceci est d'ailleurs admis par les Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ qui ne relèvent aucun antécédent psychiatrique.
2. Le status rapporté par les Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ne contient pas les critères requis par la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif moyen (2 symptômes cardinaux, plus 3 ou 4 symptômes secondaires). Dans le cas présent, sont décrits une baisse du plaisir, une humeur triste (symptômes cardinaux), et des troubles du sommeil (symptôme secondaire). Ceci ne correspond même pas à un épisode dépressif léger.
3. Le trouble somatoforme est aussi mentionné pour la première fois.
4. Les troubles somatoformes douloureux ne sont pas considérés comme invalidants au sens de l'AI s'ils ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique significative, et/ou des critères de gravité dits de Meyer-Blaser. Dans le cas présent, un épisode dépressif moyen, à plus forte raison léger ou une dysthymie ne constituent pas une comorbidité psychiatrique significative. Il n'y a pas d'indication d'une perte d'intégration sociale (l'assuré décline la proposition de consulter Appartenances en raison de sa bonne intégration à notre pays), ni d'état psychique cristallisé, ni d'échec

des traitements conformes aux règles de l'art (l'assuré ne prend pas de traitement psycho-actif).

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de modifier notre position. Une expertise pluridisciplinaire ne s'impose pas. En effet, au plan somatique nous disposons d'une pléthore de rapports spécialisés décrivant très précisément la situation ([...], CRR, etc.). Au plan psychiatrique, le rapport des Drs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ne permet pas de retenir une comorbidité significative. Nous ne voyons pas ce qu'un examen supplémentaire pourrait apporter. »

Par décision du 23 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet du 16 avril 2009 et refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**D.** Par acte du 26 octobre 2009, P.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, a interjeté recours contre la décision du 23 septembre 2009 dont il conclut, avec dépens, principalement à la réforme en ce sens que le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité lui est ouvert depuis la date que justice dira, et subsidiairement à l'annulation, l'affaire étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. À titre de mesure d'instruction, le recourant demande la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre, notamment psychiatrique, dans le but de retenir une évaluation correcte de son état de santé et de la répercussion de celui-ci sur sa capacité de travail. Pour l'essentiel, le recourant soutient que l'OAI s'est basé uniquement sur le rapport de la CRR, qui date de deux ans avant la décision entreprise et qui examine sa situation uniquement sous l'angle de l'assurance-accidents. Il soutient également que l'OAI doit tenir compte du diagnostic psychiatrique posé avant la décision litigieuse et que l'évolution de son état de santé n'a jamais été prise en compte depuis qu'il a été examiné à la CRR. En particulier, la fracture de la vertèbre D10 n'a pas été examinée, alors même qu'elle pourrait expliquer les douleurs ressenties et exclure le diagnostic de trouble somatoforme. Le recourant conteste finalement, à titre subsidiaire, le salaire de valide retenu par l'autorité intimée. Il affirme que dès lors que celle-ci procède à un calcul sur la base de données

statistiques, elle ne peut se contenter de tenir compte du dernier salaire touché par le recourant lorsqu'il était en pleine capacité de travail. Il faudrait en conséquence tenir plutôt compte du salaire moyen dans la construction, ce qui conduirait à un taux d'invalidité minimal de 25% donnant droit au recourant à des mesures de réadaptation professionnelle.

Par décision du 27 novembre 2009, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 octobre 2009, comprenant notamment l'avance des émoluments de justice et l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Dupont.

Dans sa réponse du 14 janvier 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 29 avril 2010, le recourant a produit un rapport du 30 mars 2010 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui fait état, selon le recourant, d'une aggravation de son état de santé tant sur le plan physique que psychique, qui met sérieusement en doute les conclusions des médecins de la CRR et qui affirme la nécessité d'une expertise orthopédique au vu de l'aggravation de la situation depuis fin 2007. Ce rapport, qui pose les diagnostics de fracture du corps de D10 remontant à juin 2009, de status après réduction sanglante et ostéosynthèse, de status après AMO et de discopathie avec rupture postérieure de l'anneau fibreux, contient notamment ce qui suit :

« Le patient présente donc des séquelles d'un traumatisme ancien pour lequel il est en litige asséculo-logique et qui relève du domaine d'une expertise médicale. Pour ma part, je confirme la présence d'une fracture fraîche de D10 survenue anamnesticquement aux environs du 17 juin 2009. Cette fracture, accompagnée des séquelles du traumatisme de 1997, engendre un trouble de la statique sous forme d'une cyphose, expliquant clairement les douleurs du patient. À cela s'ajoute une discopathie L5-S1 qui peut tout à fait provoquer à elle seule des lombalgies basses. [...] Concernant le litige asséculo-logique, l'appréciation orthopédique relève d'une expertise dûment mandatée et non pas d'une consultation comme il m'a été demandé. Néanmoins, dans la situation actuelle, compte tenu d'une part du marasme psychologique dans lequel se trouve le patient, et d'autre part des troubles statiques et dégénératifs, le patient me semble

actuellement dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle même adaptée. »

Dans sa réponse du 27 mai 2010, l'OAI a maintenu sa position et produit un rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR daté du 19 mai 2010, dont la teneur est la suivante :

« Le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ rappelle les diagnostics déjà connus. L'examen clinique montre un syndrome lombovertébral sans signe radicaire.

Les examens d'imagerie montrent des troubles statiques et dégénératifs dorsolombaires.

Le "marasme psychologique" mentionné par notre Confrère orthopédiste ne correspondant à aucune dénomination connue de la nosologie internationale, nous ne pouvons pas deviner à quoi correspond cette entité. Pour notre part, nous constatons simplement que les psychiatres B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ parlent d'"épisode dépressif moyen, léger à moyen".

Les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires justifient certainement une incapacité de travail totale dans l'activité de ferrailleur. Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi une activité adaptée ne serait pas exigible.

[...]

Il convient d'ajouter que nous n'avons jamais mis en doute la réalité des douleurs de l'assuré, ni leur origine organique. La fracture de D10 apparue en juin 2009 n'ajoute pas de nouvelle limitation fonctionnelle. »

## **E n d r o i t :**

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

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 sur la procédure administrative du 20 décembre 2008 ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté auprès du tribunal compétent dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus précisément sur la détermination de son degré d'invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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. 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 (art. 16 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (anciennement art. 29 al. 1 let. b LAI), l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. D'autre part, selon l'art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Cette disposition est sans équivalent dans la réglementation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007. Toutefois, l'art. 48 al. 2 LAI, aujourd'hui abrogé, prévoyait que si l'assuré avait présenté sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations n'étaient allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance.

**b)** En l'espèce, le recourant a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour la première fois en février 2008. Il est donc douteux que le droit à une éventuelle rente d'invalidité ait pu prendre naissance avant le 1<sup>er</sup> août 2008, eu égard à l'art. 29 al. 1 LAI, tel qu'en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Quoi qu'il en soit, la question des effets de la date du dépôt de la demande sur le droit aux prestations n'est pas déterminante en l'espèce. En effet, même si l'on examine le droit aux

prestations pour une période antérieure, qui ne pourrait toutefois remonter avant juin 2008, soit une année après le début de l'incapacité de travail, le droit à la rente n'est pas ouvert, pour les motifs exposés ci-après.

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra néanmoins en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des troubles psychiques, la référence à un système de classification internationale des maladies (en particulier la CIM-10) peut améliorer le caractère objectivable de ces derniers. Dans ce sens, l'utilisation d'instruments de standardisation unifiée permet d'améliorer la concordance entre des experts individuels, conduisant à une fiabilité des diagnostics plus importante. Aussi, selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise psychiatrique dépend en principe également du fait qu'elle se fonde sur une telle classification (ATF 130 V 396).

**5. a)** En l'espèce, le recourant affirme être totalement incapable de travailler depuis son accident de juin 2007. Il conteste la décision de l'OAI qui lui reconnaît une totale capacité de travail dans une activité adaptée, au motif que l'intimé n'aurait pas pris en considération l'ensemble des rapports médicaux et des diagnostics le concernant,

notamment le trouble psychique et le trouble somatoforme douloureux diagnostiqués par les Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, et la fracture du corps de D10 diagnostiquée par le Dr T. \_\_\_\_\_, ne se basant que sur les conclusions des médecins de la CRR pour rendre sa décision. Il demande qu'une expertise pluridisciplinaire, notamment psychiatrique, soit mise en œuvre afin d'évaluer correctement sa capacité de travail.

**b)** Or, contrairement à ce que soutient le recourant, il apparaît que l'OAI s'est bien fondé sur l'ensemble de la documentation médicale et des diagnostics posés par différents médecins pour rendre sa décision. Il ressort en premier lieu des pièces au dossier que, à l'époque de l'accident de 1997, la CNA avait considéré, au regard des appréciations médicales, que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans des activités adaptées légères ne sollicitant pas le dos et ne requérant qu'un port occasionnel de charges d'un poids maximal de 10 kilos (décision du 15 février 2000). A la suite d'une rechute, les médecins de la CRR avaient précisé l'exigibilité en indiquant que l'activité de ferrailleur (ou toute autre activité lourde) était désormais exclue. En revanche, une activité légère à moyennement lourde pouvait être exercée toute la journée en alternant les positions (marche, position debout, position assise ; cf. rapport du 6 décembre 2004). L'activité de ferrailleur, comportant le port de charges de plus de soixante kilos, que l'assuré a exercée durant plusieurs années avant son deuxième accident, était donc déjà inadaptée à l'état de santé qui était le sien jusqu'à son accident du 21 juin 2007.

Figure ensuite à l'actif du dossier le rapport d'examen final du médecin conseil de la CNA, le Dr L. \_\_\_\_\_, qui conclut le 10 mars 2008 que l'accident du 21 juin 2007 n'a pas eu d'impact durable sur l'état de santé du recourant, au vu notamment du rapport des médecins de la CRR du 10 janvier 2008, qui font état d'un comportement douloureux variant selon les circonstances et de beaucoup d'incohérences, et qui relèvent que les IRM lombaires du 15 janvier 2007 et du 26 juin 2007 sont superposables. Or les rapports des médecins de la CRR s'appuient sur une observation clinique attentive de l'assuré et sur des examens d'imagerie médicale complets. Les conclusions sont bien motivées et il n'existe au

dossier aucun élément susceptible de remettre en cause leurs constatations qui se concilient, notamment, avec les avis des médecins ayant examiné l'assuré à l'époque de l'accident de 2007, soit le Dr S. \_\_\_\_\_ (rapports des 31 août 2007 et 26 mars 2008) et le Dr Y. \_\_\_\_\_ (rapport du 10 octobre 2007).

En ce qui concerne le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_, produit par le recourant et établi postérieurement à celui des médecins de la CRR, il rappelle des diagnostics déjà connus. Les examens pratiqués montrent en effet toujours un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire, ainsi que des troubles statiques et dégénératifs dorsolombaires et de cyphose. Les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, tout comme la fracture du corps de D10 apparue en juin 2009, justifient toujours une incapacité de travail totale dans l'activité de ferrailleur (que le recourant semble toujours exercer). Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'explique toutefois pas les raisons pour lesquelles une activité adaptée ne serait pas exigible, ne faisant référence qu'à un marasme psychologique dans lequel se trouverait son patient. Il convient par ailleurs de souligner que la fracture du corps de D10, qui ne remonte qu'à juin 2009, n'a pas pu entraîner une incapacité de travail d'une année au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI) au moment de la décision litigieuse du 23 septembre 2009, de sorte que l'OAI n'avait pas à tenir compte des éventuelles conséquences de cette affection sur la capacité de travail du recourant au moment de rendre sa décision.

**c)** Pour ce qui attrait au trouble psychique invoqué par le recourant, le rapport des Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ du 11 mars 2009 retient en effet un diagnostic d'épisode dépressif chronique léger à moyen. Ces médecins ne se prononcent toutefois ni sur la capacité de travail du recourant ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles psychiatriques. De plus, comme le relève le SMR dans son avis du 17 juin 2009, ces psychiatres ne décrivent pas un statut caractérisant un épisode dépressif moyen requis par la CIM-10. La baisse du plaisir, une humeur triste et des troubles du sommeil ne correspondent en effet pas à un épisode dépressif léger selon cette classification. Les constatations de ces psychiatres ne diffèrent par ailleurs pas de celles faites lors du consilium

psychiatrique de la CRR, dont le rapport, plus étayé, mentionne que la thymie du recourant est discrètement diminuée, mais sans ralentissement psychomoteur. L'assuré rapportait en effet une perte de plaisir et d'intérêts dans certaines de ses activités, se disait inquiet pour son avenir professionnel et rapportait un sentiment d'injustice par rapport à son licenciement. Ce consilium concluait à quelques éléments anxio-dépressifs mais modérés, n'atteignant pas un seuil diagnostique. On notait une surcharge psychique en raison du licenciement, de l'absence de soutien de l'employeur, des problèmes financiers et d'un avenir flou. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait pas de proposition particulière, l'assuré se montrant réticent à toute prescription médicamenteuse pour ses troubles du sommeil. Les conclusions des médecins de la CRR, qui ne retiennent aucune incapacité de travail en relation avec des troubles psychiques, ne sauraient donc être remises en cause par le rapport des Drs B. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_.

**d)** Concernant les troubles somatoformes douloureux invoqués par le recourant, ces derniers n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; 131 V 49). La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 ; 131 V 49). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires

conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

En l'occurrence, les troubles somatoformes décrits par les Drs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ne peuvent être considérés comme invalidants au sens de l'assurance-invalidité, dans la mesure où ils ne s'accompagnent ni d'une comorbidité psychiatrique significative, ni des critères de gravité susmentionnés. En effet, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni de profits primaires tirés de la maladie, ni d'échec de traitement ambulatoire ou stationnaire conforme aux règles de l'art. De plus, les médecins de la CRR ont relevé une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé. En l'état, il y a également une absence de traitement, l'assuré devant réfléchir à la possibilité de suivre une psychothérapie.

**e)** Selon la jurisprudence, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette

appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c ; 124 V 90, consid. 4b ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3).

Il résulte de ce qui précède que toutes les problématiques médicales concernant le recourant ont été dûment investiguées et prises en compte par l'OAI dans l'établissement de sa décision, qui retient donc à juste titre que le recourant possède une capacité de travail nulle dans son ancienne activité de ferrailleur (cf. également l'appréciation de la CNA dans sa décision sur opposition du 29 mai 2008, entrée en force), mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité légère à moyennement lourde, permettant une alternance des positions et sans travail penché en avant ou en rotation du tronc). Par conséquent, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la requête d'expertise pluridisciplinaire du recourant doit être rejetée.

**6. a)** Pour fixer le revenu sans invalidité (premier terme de la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGa), il faut établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222, consid. 4.3.1 et les références ; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] 2010, ad art. 28a LAI, p. 300 ss). S'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou aux données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des

circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (TFA U 243/99 du 23 mai 2000 ; TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2, in REAS 2004, p. 239).

Il convient, en l'occurrence, de prendre en considération le revenu que l'assuré pourrait réaliser comme ferrailleur sans atteinte à la santé, soit un salaire de 54'000 fr. en 2005 (et non en 2007 comme le retient à tort la décision litigieuse ; cf. décision CNA du 25 avril 2007) qui, indexé pour 2008 (+ 1,1% en 2006, + 1,6% en 2007 et + 2,2% en 2008 ; Office fédéral de la statistique, Indice suisse des salaires, 2006 à 2008), se monte à 56'687 fr. 80.

**b)** Selon la jurisprudence constante, lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est le cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 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 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174, consid. 4a), 4'806 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2008, TA1, 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 2008 (41,6 heures ; Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises en 2008), ce montant doit être porté à 4'998 fr. 25, ce qui donne un salaire annuel de 59'979 francs.

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, à l'âge, aux années de service, à la nationalité / catégorie de permis de séjour et au 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc). Par ailleurs, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71).

En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles et de la langue parlée par le recourant (allemand et suisse allemand), celui-ci ayant au demeurant pu bénéficier d'un cours de langue à titre de mesures d'intervention précoce, l'abattement de 10% retenu par l'office intimé sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé du recourant s'élève ainsi à 53'981 fr. 10.

**c)** Il en résulte que le degré d'invalidité du recourant, obtenu en comparant son revenu sans invalidité (56'687 fr. 80) et d'invalidé (53'981 fr. 10), est de 4,77%, ce qui ne donne pas droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être lorsque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne

subsiste. Selon la jurisprudence, par reclassement, on entend la somme des mesures de réadaptation professionnelle qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée, qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité, une possibilité de gain à peu près équivalente à celle qui était la sienne auparavant. Le droit au reclassement présuppose que la perte de gain durable due à l'invalidité soit de 20% environ (ATF 130 V 488, consid. 4.2 ; 124 V 108, consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dès lors, le droit à des mesures de réadaptation professionnelle n'est pas ouvert.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, en ce sens que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable 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.

En l'occurrence, Me Dupont a produit la liste de ses opérations, qui a été contrôlée et approuvée en regard de la présente procédure. Son indemnité d'office est par conséquent arrêtée à 1'287 fr. (7,15 h. x 180 fr./h.), montant auquel s'ajoute la TVA par 97 fr. 80 ( $[1'287 \text{ fr.} \times 7.6] / 100$ ), pour l'ensemble de son activité déployée pour la période couverte par la décision du Bureau de l'Assistance judiciaire. Le montant total de l'indemnité d'office s'élève donc à 1'384 fr. 80, (1'287 fr. + 97 fr. 80), arrondi à 1'385 fr., TVA incluse.

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision attaquée est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Dupont, conseil du recourant, est arrêtée à 1'385 fr. (mille trois cents huitante-cinq francs).
- 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :