

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 1057 vom 8. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__1057

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 1057 du 8 décembre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 1057 del 8 dicembre 2015

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, COMPARAISON DES REVENUS | 14a LAI, 17 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 08.12.2015 Arrêt / 2015 / 1057

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, COMPARAISON DES REVENUS | 14a LAI, 17 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 190/14 - 327/2015 ZD14.036257 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 8 décembre 2015 _____ Composition : Mme Pasche , présidente M. Neu et Mme Dessaux, juges Greffière : Mme Preti ***** Cause pendante entre : N. _____ , à Lausanne, recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4, 8, 14a, 17 et 28 LAI E n f a i t : A . N. _____, né en [...], originaire d' [...], marié et père de deux enfants mineurs, sans formation, a été annoncé le 13 mars 2012 en détection précoce par son employeur, pour lequel il travaillait depuis février 2002 en qualité de soudeur. Il a alors été fait état d'une incapacité de travail totale à compter du 19 janvier 2012 en raison d'un « problème à une jambe », incapacité de travail confirmée par le Dr C. _____, rhumatologue traitant de l'assuré, le 20 janvier 2012. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 1 er décembre 2011 a conduit la radiologue F. _____ à retenir chez l'assuré une herniation discale médiane en L4-L5 s'étendant en position latérale droite et exerçant une contrainte sur la racine L5 droite à son émergence du sac thécal. Selon un rapport d'IRM du genou droit du 19 janvier 2012 du Dr L. _____, spécialiste en radiologie, il y avait à ce niveau un foyer de chondropathie en zone de charge du condyle interne, avec petite géode sous-chondrale, une probable fissure dans ce cartilage du condyle interne, qui n'était cependant pas bien démontrée, ainsi qu'un petit kyste poplité d'un centimètre de diamètre, l'IRM étant normale par ailleurs. A la suite d'un entretien de détection précoce du 2 avril 2012, l'assuré a été informé qu'une demande AI semblait actuellement prématurée, une demande de prestations devant être déposée si l'incapacité de travail perdurait au-delà du 19 juillet 2012. Le 25 avril 2012, l'employeur a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que l'assuré percevait depuis le 1 er janvier 2012 un salaire de 62'907 fr. par an, respectivement de 4'839

fr. par mois. L'assuré a déposé le 11 mai 2012 une demande de prestations AI. Il a exposé être atteint d'un diabète, ainsi que de douleurs au dos et au genou droit. Le 16 mai 2012, le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, a fait savoir au Dr C. _____ qu'il confirmait la présence d'une radiculopathie L5 droite irritative, très discrètement déficitaire du point de vue sensitif et éventuellement moteur. La latence de la réponse H était un peu plus allongée à droite qu'à gauche et il y avait de discrets signes en faveur d'une atteinte neurogène chronique au niveau du myotome L5 à droite. Pour le Dr H. _____, si les mesures conservatrices instaurées jusqu'à ce jour n'avaient pas permis d'améliorer la situation de façon significative malgré le repos, il fallait passer à une étape suivante, en prévoyant une infiltration auprès d'un centre d'antalgie. Dans son rapport à l'OAI du 5 juin 2012, le Dr C. _____ a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies droites, un diabète étant sans effet sur la capacité de travail, en précisant que son patient ne pouvait pas porter de charges ni rester debout longtemps. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, un changement de travail étant conseillé. Le 12 juin 2012, le Dr U. _____, médecin traitant, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombalgies sur hernie discale L4-L5 médiane existant depuis septembre 2011, ainsi qu'un diabète de type 2 sans effet sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle en raison de blocage fonctionnel douloureux. Pour le Dr U. _____, on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Selon le rapport de réinsertion professionnelle du 31 juillet 2012, l'assuré a expliqué qu'une tentative de reprise en avril 2012 avait échoué le deuxième jour. L'assuré a déclaré à cette occasion que son genou allait un peu mieux car il ne bougeait pas beaucoup, mais qu'il n'y avait pas d'évolution au niveau du dos. Il avait du mal à rester assis plus d'une heure et à marcher plus de trente minutes, les douleurs l'empêchant de dormir la nuit. Par avis du 16 août 2012, le Dr G. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé au 5 juin 2012 et qu'il réinterpellerait le Dr C. _____ à la fin du mois de septembre 2012. Le 31 août 2012, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et chef de clinique adjoint au Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire S. _____ (ci-après : S. _____), a fait état d'une lombosciatalgie L5 droite, algoparéthésiante, sans déficit sensitivo-moteur, étayée par une IRM de la colonne lombaire effectuée le 1^{er} décembre 2011, montrant ainsi une hernie discale L4-L5 médiane et latérale droite imprimant une contrainte sur la racine L5. Il avait dès lors été décidé, au vu de ce tableau de douleurs invalidantes, insomniantes, d'intégrer l'assuré au programme de rééducation fonctionnelle intensive du rachis. Par communication du 10 septembre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui accordait une mesure d'orientation auprès de la Q. _____ du 29 août au 28 novembre 2012. A la demande de l'OAI, le Dr C. _____ lui a indiqué que depuis son rapport du 5 juin 2012, les douleurs de l'assuré étaient toujours les mêmes, sans évolution. Il allait suivre un traitement intensif à l'Unité [...] du S. _____ dès le 15 octobre 2012. La capacité de travail était toujours nulle dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée, le Dr C. _____ espérant qu'elle s'améliorait après le traitement intensif au S. _____. Le 18 octobre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, dans la mesure où sa situation médicale n'était pas stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures. Par rapport du 15 novembre 2012 à l'OAI, la conseillère en développement professionnel de Q. _____ a établi la conclusion suivante : « Disponible lors des entretiens et faisant preuve de bonne volonté, M. N. _____ souhaiterait pouvoir

reprendre une activité dès que son état de santé et ses limitations seront clairement établies. Il lui est actuellement difficile d'envisager un domaine sans savoir ce qu'il sera en mesure de faire. Il serait donc important qu'il puisse entreprendre un stage avant de partir en économie libre. Conscient de ses freins (pas de CFC, niveau de français), il souhaiterait pouvoir perfectionner le français et suivre un cours intensif afin de s'améliorer rapidement. Nous l'encourageons le cas échéant à suivre des cours par le biais d'institutions dispensant des cours gratuits. » Dans un rapport du 30 novembre 2012 au Dr C. _____, le Dr P. _____ du S. _____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies L5 droites algoparéthésiantes sans déficit sensitivo-moteur avec chondrite du condyle interne du genou droit. Il a estimé que les lombosciatalgies intervenaient dans le cadre d'un déconditionnement focal et global dans un contexte de thymie anxio-dépressive et renforcées par un isolement social en raison de la langue et du déracinement socio-culturel. Au vu des résultats du point de vue physiothérapeutique et ergothérapeutique, il s'avérait que l'assuré pourrait en soit travailler dans un poste de travail adapté en rapport avec les pathologies susmentionnées, lui évitant toute charge lourde de plus de 5 kg avec une alternance des positions assise et debout et en évitant toute flexion/rotation du tronc. Le 11 février 2013, la Dresse T. _____, médecin associée, et le Dr B. _____, chef de clinique adjoint, au Service de rhumatologie du S. _____, ont diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies L5 droites algoparéthésiantes sans déficit moteur ni vésico-sphinctérien existant depuis novembre 2011 (un diabète de type II non insulino-requérant et une chondrite du condyle interne du genou droit étant sans effet sur la capacité de travail). Pour ces médecins, l'assuré devait éviter de soulever des charges supérieures ou égales à 8 kg plusieurs fois par jour. Ces médecins ont proposé qu'une expertise détermine si l'activité habituelle était encore exigible, en estimant toutefois que l'on ne pouvait s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail (une incapacité de travail totale ayant été attestée du 1^{er} au 15 janvier 2013). Le 16 juillet 2013, X. _____, assureur perte de gain, a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait un terme à ses prestations le 18 octobre 2013 au plus tard, dans la mesure où il était, selon les renseignements médicaux en sa possession, en mesure d'assumer à plein temps un emploi adapté avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de charges de plus de 5 kg, alternance des positions debout et assise, éviter les flexions et rotations du tronc. Dans son avis médical du 21 août 2013, le Dr D. _____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise orthopédique afin de pouvoir déterminer précisément la capacité de travail dans une activité adaptée, étant admis que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. L'assuré a ainsi été examiné le 28 novembre 2013 par le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon le rapport d'examen clinique orthopédique de ce médecin du 6 janvier 2014, l'assuré présentait, avec effet sur la capacité de travail, des lombosciatalgies à droite avec notion de hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane D (M51.1), ainsi qu'une chondropathie du condyle fémoral interne du genou droit, un diabète de type II non insulino-dépendant étant sans effet sur la capacité de travail. Sous la rubrique « appréciation du cas » de son rapport, le Dr K. _____ a relevé ce qui suit : « Assuré âgé de 35 ans, sans formation professionnelle particulière, ayant travaillé comme soudeur durant les dix dernières années. Depuis la fin de l'année 2011, lombosciatalgies à D. Initialement, il avait des douleurs en regard de la face antérieure de la cuisse D et du pli inguinal. Par la suite, douleurs le long de la face externe de la cuisse et du mollet à D. Une IRM effectuée en décembre 2011 a mis en évidence une hernie discale

L4-L5 médiane et paramédiane D. Un examen neurologique effectué par le Dr H. _____ a confirmé la présence d'une radiculopathie L5 D irritative, très discrètement déficitaire du point de vue sensitif et éventuellement moteur. L'assuré avait aussi des gonalgies à D. Une IRM a montré un foyer de chondropathie du condyle fémoral interne associé avec une géode sous-chondrale en regard de la chondropathie. L'assuré a bénéficié de multitude de traitements conservateurs sous forme d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de relaxation musculaire et de plusieurs infiltrations épidurales. Malgré tous ces traitements, les douleurs lombaires et du membre inférieur droit persistent. Le Dr P. _____, de l'Unité [...] de l'Hôpital orthopédique estime dans sa lettre de novembre 2012, que l'assuré peut travailler dans un poste de travail adapté en rapport à ses pathologies, en évitant les charges de plus de 5 kg avec une alternance de la position debout avec la position assise et en évitant toute flexion/rotation du tronc. Dans le rapport à l'AI du 11.02.2013, les médecins de l'Unité [...] de l'Hôpital orthopédique ne se prononcent pas clairement sur la capacité de travail de l'assuré dans un travail adapté. Ils proposent une expertise médicale. A l'issue de cet examen, on peut conclure que depuis janvier 2012, l'assuré n'est plus apte à exercer son métier habituel de soudeur. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles à mon avis, la capacité de travail de l'assuré n'est pas complète. Une diminution de rendement de l'ordre de 30% peut être admise en raison des douleurs chroniques et de la nécessité de changer de position. On peut estimer que cette capacité de travail est exigible à partir du 01.12.2012, lorsque le Dr P. _____ a estimé que l'assuré pourrait travailler dans un travail adapté. Limitations fonctionnelles Travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise. Doit éviter le port de charges au-delà de 5 kg. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter de s'accroupir, de se mettre à genoux, de monter sur des échelles et de marcher en terrain irrégulier. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Arrêt de travail à 100% à partir du 19.01.2012. Comment le degré de l'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assuré ne peut plus reprendre son métier habituel. A partir du 01.12.2012, l'assuré est apte à exercer un travail adapté aux limitations fonctionnelles. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE : DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0% DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 30% [recte : 70%] DEPUIS LE : 1.12.2012 ». Par rapport SMR du 8 janvier 2014, le Dr D. _____ a confirmé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 70% dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste REA, estimant l'expertise du Dr K. _____ pleinement probante. Lors d'un entretien à l'OAI du 17 mars 2014, l'assuré a expliqué bénéficier du revenu d'insertion, dans la mesure où il ne s'était pas inscrit au chômage, ne s'estimant pas apte à travailler à cause de sa maladie. A cet égard, l'intéressé a expliqué ne pas être d'accord avec les conclusions du rapport du Dr K. _____, exposant avoir de fortes douleurs en bas du dos et avoir mal jusqu'au bas de la jambe droite, ne « tenant » que deux à trois semaines maximum après l'infiltration. En résumé, la spécialiste en réinsertion de l'OAI a relevé que dans la situation de l'assuré, au vu de son manque de formation et de son niveau de français, aucune mesure d'ordre professionnel simple et adéquate n'était susceptible de réduire le préjudice économique. Le 24 mars 2014, la spécialiste en réinsertion de l'OAI a estimé le préjudice économique à 37,49%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 62'907 fr. et d'un revenu d'invalidité de 39'324 fr. 61 (compte tenu de la baisse de rendement de 30% et d'un abattement de 10% sur le salaire statistique). Pour elle, les activités adaptées étaient par exemple des activités légères dans le domaine de l'industrie ou des services. Le 25 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il projetait de lui

refuser le droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où il conservait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Or en comparant ses revenus avec et sans invalidité, il en résultait un degré d'invalidité de 37.49%, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. L'OAI admettait pour le surplus que ce préjudice économique ouvrait théoriquement droit à des mesures d'ordre professionnel, mais constatait que celles-ci ne permettraient pas de diminuer de manière considérable la perte économique. L'assuré, désormais représenté par Procap, a adressé à l'OAI le 15 mai 2014 ses observations sur le projet de décision. Il a en bref contesté le taux d'abattement de 10% opéré par l'AI, en mettant en avant le fait que sa capacité de travail dans une activité légère était partielle, qu'il n'avait acquis d'expérience professionnelle que dans un domaine, ce qui réduisait son adaptabilité sur le marché du travail, estimant que c'était un abattement de 15% qui aurait dû être opéré. Il a également fait valoir qu'il aurait gagné 63'232 fr. en 2013 selon courriel de son employeur qu'il a produit. Il a enfin relevé que la mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel demeurait pertinente, dans la mesure où son degré d'invalidité était supérieur à 20%, et dès lors qu'une formation pratique dans l'un des domaines adaptés définis par Q._____ serait nécessaire et permettrait vraisemblablement de réduire le préjudice. Il a joint à ses observations un rapport du 12 mai 2014 du Dr C._____ à son conseil, à teneur duquel ce médecin a estimé que son patient était actuellement dans l'incapacité d'avoir une quelconque activité professionnelle, contestant les conclusions du Dr K._____. Il avait tenté de suivre des cours de français, qu'il avait dû interrompre, ne pouvant rester assis plus de 30 à 40 minutes. Il avait en outre connu début avril un nouvel épisode aigu de lombo-sciatalgies avec constatation clinique d'un important syndrome lombaire, sans syndrome radiculaire. Il ressortait par ailleurs d'un courriel de l'employeur du 6 mai 2014, qu'en 2013, le salaire de l'assuré s'élèverait à 63'232 francs. Par décision du 10 juillet 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision et nié le droit à l'assuré à des prestations. Dans un courrier annexe du même jour, il a toutefois admis, sur la base des informations communiquées par l'employeur, de fixer le revenu sans invalidité à 63'232 fr. pour 2013. Le nouveau préjudice économique – de 37.81% – demeurait toutefois inférieur à 40% et n'ouvrait pas le droit à la rente. L'abattement de 10% a également été confirmé. Quant aux mesures de réinsertion d'ordre professionnel, la seule volonté de l'assuré ne les rendait pas possible, dès lors qu'aucune mesure simple et adéquate ne permettrait de diminuer de manière considérable le préjudice économique de l'assuré, compte tenu notamment de sa situation objective (niveau de français et manque de formation). B. Par acte du 9 septembre 2014, N._____, toujours représenté par Procap, a recouru contre cette décision en concluant à ce que son droit aux prestations soit constaté et le dossier renvoyé à l'intimé pour mise en œuvre des mesures professionnelles, respectivement pour instruction complémentaire aux plans rhumatologique, neurologique et psychiatrique et mise en œuvre des mesures de réadaptation. En substance, il fait valoir qu'il n'est pas équitable de retenir un abattement de 10% dans le cas d'un assuré ayant une capacité de travail partielle dans une activité légère, qui a une expérience professionnelle de plus de 10 ans uniquement dans un domaine, estimant que c'est un abattement de 15% au moins qui aurait dû être opéré, ce d'autant que la fluctuation de sa symptomatologie douloureuse constitue un facteur influençant sa capacité d'adaptation à un éventuel employeur. Quant aux mesures d'ordre professionnel, il soutient que son manque de formation et son niveau de français n'empêcheraient pas en soi la mise en œuvre d'une mesure simple et adéquate sous la forme d'un stage pratique en entreprise, se référant à cet égard aux conclusions de la Fondation Q._____ du 15 novembre 2012. Il fait en outre grief à l'OAI de n'avoir pas examiné le

droit à une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Il reproche ensuite à l'OAI de ne pas avoir investigué l'aspect psychiatrique, alors que le Dr P._____ a relevé dans son rapport du 30 novembre 2012 des éléments de la lignée dépressive, et qu'il a dû être présenté à un psychologue lors de son hospitalisation de trois semaines. Il déplore également qu'une réactualisation de son dossier n'ait pas été effectuée, alors que le Dr C._____ a fait état d'un nouvel épisode aigu de lombo-sciatalgies début avril, estimant que la cause doit être complétée par une expertise judiciaire, respectivement renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Dans sa réponse du 17 octobre 2014, l'OAI propose le rejet du recours, en renvoyant à son courrier du 10 juillet 2014. Il produit en outre un avis du Dr D._____ du SMR du 13 octobre 2014, selon lequel la situation reste inchangée. Le 8 décembre 2014, le recourant a maintenu sa position et produit deux rapports : - Un rapport d'IRM lombaire du Dr R._____, spécialiste en radiologie, du 30 octobre 2014 faisant état d'une discopathie L4-L5, foyer d'extrusion focale de localisation médiane en progression modérée par rapport à l'examen antérieur, susceptible d'entrer en conflit avec les deux racines L5 à leur émergence du sac thécal ; - Un rapport du Dr C._____ du 3 novembre 2014 à Procacp, dans lequel ce médecin s'est référé au rapport d'IRM lombaire du 30 octobre 2014, estimant que c'est très vraisemblablement la hernie entrant en conflit avec les racines L5 qui a provoqué l'épisode aigu dont il a fait état le 12 mai 2014 ; le Dr C._____ a ajouté qu'il trouvait son patient déprimé et anxieux face à sa situation professionnelle et médicale, la longévité de ses douleurs, sans amélioration, ayant changé sa thymie ; le Dr C._____ a donc requis qu'une expertise neutre soit mise en œuvre, avec estimation de la gravité de l'état dépressif et anxieux. Le 15 janvier 2015, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours, en se fondant sur un avis du SMR du 7 janvier 2015 du Dr D._____, qui a notamment relevé que le compte rendu radiologique du 30 octobre 2014 ne mentionnait pas formellement de hernie, ni de canal lombaire étroit. Le recourant a maintenu sa position dans son écriture du 9 février 2015, en réitérant sa requête de mise en œuvre d'une expertise rhumatologique/neurologique avec volet psychiatrique. Le 2 mars 2015, l'OAI a fait savoir à la Cour de céans que le recourant lui avait adressé à titre conservatoire un rapport du Dr C._____ du 15 décembre 2014, selon lequel il existait désormais des douleurs au niveau de l'épaule gauche, celle-ci présentant une importante limitation fonctionnelle justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité manuelle la mettant en mouvement. Le SMR ayant estimé dans son avis du 20 janvier 2015 que cette aggravation était rendue plausible à fin novembre 2014 (soit postérieurement à la décision litigieuse du 10 juillet 2014), la mise en œuvre d'une évaluation rhumatologique était proposée. Dans ce contexte, l'OAI indiquait que le représentant du recourant avait été informé qu'une expertise rhumatologique serait confiée au Dr V._____, spécialiste en rhumatologie ; le recourant n'avait pas formulé d'objections sur le genre de l'expertise, la spécialité prévue et le nom de l'expert. Par économie de procédure, l'OAI proposait dès lors d'interroger également l'expert sur la période antérieure au 10 juillet 2014. Le recourant ayant confirmé son accord avec la proposition de l'OAI, la cause a été suspendue jusqu'à droit connu sur l'expertise du Dr V._____. Ce spécialiste a examiné le recourant le 25 mars 2015. Dans son rapport du 23 mai 2015, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques avec sciatalgies droite intermittentes sans déficit sensitivo-moteur en relation avec une hernie discale extrudée en L4-L5 et de capsulite rétractile, un diabète de type II

n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert a pour le surplus relevé ce qui suit sous la rubrique « appréciation du cas et pronostic » de son rapport : « Appréciation du cas et pronostic : Monsieur N._____ se plaint depuis 2011 de lombosciatalgies droite handicapantes, mises sur le compte d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite, entrant en contact avec l'émergence de la racine L5 droite. La situation médicale reste plus ou moins stationnaire ces dernières années malgré un traitement conservateur classique (physiothérapie et antalgiques), mais également une rééducation intensive à l'unité du rachis du S._____ en octobre 2012 et une infiltration épidurale L4-L5 droite le 31 mai 2012. D'autre part, une nouvelle IRM lombaire du 30 octobre 2014 montre une augmentation de la hernie discale L4-L5 sous forme d'une extrusion vers le bas avec contact possible sur les racines L5. D'autre part, depuis novembre 2014, l'assuré présente une vraisemblable épaule gelée à gauche, ressentie comme handicapante. Actuellement, l'assuré décrit des douleurs lombaires constantes, prédominant à droite avec des irradiations intermittentes face externe de la cuisse et du mollet droit, sans symptomatologie neurologique associée. Ces douleurs limitent la position debout et le périmètre de marche à environ 45 minutes, ainsi que les positions penché en avant ou en arrière et les ports de charge de plus de cinq kilos. Au niveau de l'épaule, il décrit des limitations dans les mouvements au-dessus de l'horizontal mais surtout en rétropulsion, par exemple pour aller enfiler son bras dans une manche de veste. A l'examen ostéo-articulaire, au niveau du dos, on note une limitation modérée en flexion avec un relativement bon déroulement du dos (SCHOBER 10-14 cm) avec une distance doigts-sol de 40 cm, provoquant des douleurs lombaires droite, sans irradiation dans la jambe. L'extension est limitée d'environ 50%, déclenchant également des douleurs lombaires droite alors que les inclinaisons sont peu gênées. On retrouve une douleur à la palpation, principalement du L4-L5 et L5-S1 en interépineux et paravertébral avec une périarthrite de hanche droite associée à une dysfonction de la sacro-iliaque droite, se manifestant par des manoeuvres de cisaillement de la sacro-iliaque douloureuse ainsi que par une hypomobilité. On retrouve également une hanche droite douloureuse en fin d'amplitude, principalement en fin de flexion ou en rotation externe-interne sans réelles limitations fonctionnelles à part le FABER qui est modérément limité (35 cm versus 28 cm à gauche). A l'examen neurologique, on ne retrouve pas clairement de déficit sensitivo-moteur bien que l'assuré se plaint d'une hypoesthésie mal délimitée, sans dermatome précis de la jambe droite. Au niveau de l'imagerie, on constate sur la dernière IRM lombaire datant du 02 novembre 2014 une protrusion discale L4-L5 avec une extrusion discale vers le bas pouvant entrer en conflit avec les racines L5. Au niveau lombaire, on peut dès lors retenir actuellement principalement des lombalgies chroniques en relation vraisemblable avec une hernie discale médiane L4-L5, extrudée en partie vers le bas. Les sciatalgies droite[s] restent intermittentes, uniquement lors de positions prolongées debout ou à la marche (plus de 45 minutes). Toutefois, on ne retrouve pas de signes d'irritation ou de déficit radiculaire aux membres inférieurs. Les limitations fonctionnelles décrites par l'assuré ont globalement déjà été évoquées lors des rapports AI précédents. Globalement, la situation reste stationnaire, sans réel signe d'aggravation, voire même une amélioration concernant les sciatalgies droite[s]. D'autre part, je ne constate pas de forte démonstrativité et les signes de non-organicité de WADDELL sont négatifs ainsi que les points de SMYTHE. Dès lors, je ne retiendrais pas de syndrome douloureux de type fibromyalgie ou de syndrome somatoforme douloureux. Dans l'ensemble, la corrélation radio-clinique me paraît cohérente et explique en grande partie les plaintes de l'assuré. Après une évolution de quatre

ans de douleurs chroniques handicapantes, un avis neurochirurgical devrait être clairement discuté avec éventuellement des tests d'infiltration intradiscal et/ou facettaires afin de confirmer clairement l'origine des douleurs. A la clé, une intervention neurochirurgicale pourrait être décidée. Concernant l'épaule gauche, il persiste des signes de capsulite rétractile de l'épaule gauche, toutefois en nette amélioration si l'on se réfère à l'appréciation clinique du Docteur C. _____ en décembre 2014. En effet, l'élévation est passée de 120 à 150°. La rotation externe est passée de 10 à 50°, avec persistance d'une limitation en rotation interne avec une distance pouce-C7 en L2. L'évolution semble lentement favorable et on devrait s'attendre à une récupération fonctionnelle de l'épaule sur une période entre un à deux ans maximum, depuis le début des symptômes. Concernant les limitations fonctionnelles et professionnelles : Concernant la problématique du dos, il faut retenir une limitation des ports de charge répétés au-dessus de cinq kilos, éviter les positions statiques prolongées, surtout en position debout avec possibilité d'alternance de la position assise et debout, éviter les mouvements répétitifs du tronc en flexion ou en extension, ainsi que les positions penché en avant stationnaires. Concernant l'épaule gauche, dans une activité manuelle, éviter des activités nécessitant l'utilisation répétitive du bras gauche en abduction et élévation au-dessus de l'horizontal ou en rétropulsion. Des mouvements d'abduction répétitifs sont également déconseillés par exemple dans une activité de travail à la chaîne. La capacité dans son ancienne activité de soudeur est nulle en raison des contraintes physiques. L'assuré devrait toutefois être apte à effectuer une activité adaptée respectant les limitations décrites ci-dessus. Une baisse de rendement est conseillée afin de lui permettre de faire de petites pauses fréquentes et de changer régulièrement de position. Cette baisse de rendement ne devrait pas excéder 30%. Il reste toutefois difficile de travailler la journée avec une épine irritative lombaire et globalement, il serait plus logique d'évaluer d'un point de vue neurochirurgical la possibilité d'améliorer la situation actuelle. » L'expert a pour le surplus répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées : « Veuillez trouver ci-dessous les réponses aux questions de votre rapport du 06 février février 2015 : A - Questions cliniques : 1. Anamnèse Cf ci-dessus. 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré Cf ci-dessus. 3. Status clinique Cf ci-dessus. 4. Diagnostic 4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail · Lombalgies chroniques avec sciatalgies droite[s] intermittentes sans déficit sensitivo-moteur en relation avec une hernie discale extrudée en L4-L5 droite, · Capsulite rétractile de l'épaule gauche. 4.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail · Diabète de type 2 5. Appréciation du cas et pronostic Cf ci-dessus. B – Influence sur la capacité de travail 1. Limitations en relation avec les troubles constatés Sur le plan rhumatologique : Les problèmes lombaires limitent [l]es ports de charge répétés de plus de cinq kilos, ainsi que les positions contraignantes du rachis lombaire, le tronc en porte-à-faux, les mouvements répétitifs en flexion-extension du tronc. Il faut également limiter les positions statiques, principalement debout, mais également assis plus d'une heure. Le problème de l'épaule gauche limite les activités nécessitant les ports de charges importantes, bi-manuelles mais également des mouvements répétitifs en élévation ou en rétropulsion du bras gauche. Ces limitations sont expliquées par tes constatations cliniques et radiologiques concernant le dos. Sur le plan psychique et mental : Une évaluation psychiatrique sera nécessaire pour évaluer correctement l'état psychique et mental de l'assuré. Toutefois, d'un point de vue rhumatologique, je n'ai pas constaté de troubles de thymie majeurs. Sur le plan social : Il est difficile de déterminer clairement les répercussions sociales. L'assuré garde toutefois une vie relativement sociale avec sa famille et quelquefois avec des amis. On peut penser que le fait de rester principalement chez lui

entraîne un certain isolement social. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici : 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? La capacité de travail dans son ancien emploi de soudeur est nulle pour les raisons décrites ci-dessus. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ? Il n'y a pas de capacité résiduelle de travail. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Non. 2.4 Y a-t-il une diminution de rendement ? Sans objet. 2.5 Depuis quand d'un point de vue médical y a-t-il une incapacité de travail de 20% en moins ? Depuis janvier 2012, d'un point de vue anamnestique. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? La situation est restée globalement stationnaire. C - Influence sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Oui, ces mesures sont envisageables. Il serait utile d'évaluer la motivation de l'assuré, ce dernier affirmant qu'actuellement il ne peut plus travailler. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ? Non. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cas d'une autre activité ? Oui, l'assuré garde une capacité de travail dans une activité adaptée. Cette activité doit respecter [l]es limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. 3.2 Dans quelles mesures l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? A 70%. 3.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Non, si l'on respecte la limitation du temps de travail, sinon il existe une baisse de rendement de 30% dans son activité à plein temps. 3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ? Sur la base du dossier médical, il est difficile d'évaluer une date précise. On sait que l'assuré est en incapacité de travail depuis le mois de janvier 2012. Probablement depuis cette date, il pourrait bénéficier d'une réorientation professionnelle. Il faut reconnaître toutefois des périodes d'aggravation qui peuvent entraîner des incapacités de travail épisodiques. Veuillez trouver ci-dessous les questions complémentaires émises par la PROCAP Service Juridique. 1. Merci de décrire, notamment en tenant compte du rapport d'IRM du 30 août 2014, l'évolution intervenue postérieurement au 10 juillet 2014 (nouveau diagnostic, aggravation d'atteintes existantes) Postérieurement au 10 juillet 2014, il faut indiquer les résultats d'une nouvelle IRM lombaire du 30 août 2014 qui montre une légère progression d'une hernie discale L4-L5 extrusive, toutefois sans élément clinique amenant à penser à une réelle aggravation d'un point de vue clinique. D'autre part, l'assuré a développé une capsulite rétractile de l'épaule gauche, il semble depuis l'automne 2014. L'évolution est actuellement lentement favorable. Cette capsulite reste compatible avec une activité manuelle ne nécessitant pas de mouvements d'élévation au-dessus de l'horizontal ou de mouvements répétitifs du bras en abduction. Dès lors, bien que cette atteinte entraîne de nouvelles limitations, elle reste compatible avec une activité adaptée. 2. Quelle est l'évolution depuis le 10 juillet 2014, de la capacité de travail dans une activité adaptée ? La capacité de travail dans une activité adaptée globalement reste la même, seules les limitations sont devenues plus importantes. 3. Merci de décrire l'ensemble des limitations fonctionnelles à respecter dans une activité adaptée ? Se référer au chapitre concerné 4. Y-a-t-il à craindre une diminution de rendement dans la capacité de travail exigible ? Oui, on peut retenir une baisse de rendement d'environ 30% pour les raisons décrites ci-dessus. 1. Quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant avant le 10 juillet 2014 ? Globalement l'état de santé au niveau du dos est resté stationnaire depuis janvier 2012. 2. Merci de départager les avis du SMR (examen clinique du 28 Novembre 2013 et avis médical du 13 octobre 2014) et du Dr C. _____ (courriers des 12 mai 2014 et 3 Novembre 2014) Les avis décrits ci-dessus ne nécessitent pas d'être départagés car chacun

des avis est cohérent dans son contexte. L'appréciation lors du 28 Novembre 2013 reste cohérente, l'expert reconnaissant la présence de lombosciatalgies droites sur HD L4-L5 paramédiane droite ce qui justifie les limitations fonctionnelles habituelles concernant les problèmes rachidiens. L'avis médical du 13 octobre 2014 est également cohérent puisque le médecin du SMR souligne que les descriptions de syndrome douloureux sont subjectives et qu'à l'époque il n'y avait pas de nouveaux éléments permettant de changer l'appréciation antérieure. La présence d'un nouvel épisode aigu de lombosciatalgie en soi-même n'amène pas automatiquement un changement d'appréciation, étant donné que les lombalgies chroniques sont souvent ponctuées par des crises épisodiques de phase plus aiguë. Quant à l'appréciation du Dr C. _____, dans son courrier du 12 mai, il ne décrit pas la situation lombaire mais insiste sur l'apparition d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche qui selon lui justifie une incapacité de travail complète dans toute activité manuelle, ces affirmations restent toutefois relatives puisqu'une épaule gelée modérée ne devient handicapante que dans des activités nécessitant des ports de charges lourdes ou des mouvements répétitifs, le bras gauche en élévation au-dessus de l'horizontal. Ceci n'empêche pas une personne droitrière d'avoir une activité manuelle dans un certain nombre d'activités. Dans son courrier du 3 Novembre, le Dr C. _____ se concentre sur les nouvelles constatations de l'IRM lombaire du 30 octobre 2014 (donc postérieur à l'appréciation du médecin du SMR). Toutefois ces constats radiologiques montrent une progression modérées sans modifications significatives sur le plan clinique et dès lors, l'appréciation reste discutable puisqu' une nouvelle constatation radiologique ne permet pas à elle seule de modifier une appréciation. » Le 16 juillet 2015, l'OAI a communiqué à la Cour de céans le rapport précité du Dr V. _____, en précisant conclure à nouveau au rejet du recours, dans la mesure où l'expert confirmait la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, avec toutefois des limitations fonctionnelles supplémentaires pour tenir compte de l'atteinte à l'épaule gauche. Dans ses déterminations du 30 septembre 2015, le recourant a déclaré ne pas comprendre que l'expert fasse état d'une situation demeurée stationnaire, respectivement même d'une amélioration des sciatalgies droites, alors qu'il a mentionné une augmentation de la hernie discale L4-L5 sous la forme d'une extrusion vers le bas avec contact possible sur les racines L5, mise en évidence par l'IRM lombaire du 30 octobre 2014, a évoqué la vraisemblance d'une « épaule gelée à gauche ressentie comme handicapante » depuis novembre 2014, et a constaté sur la dernière IRM lombaire du 2 novembre 2014 une protrusion discale L4-L5 avec extrusion discale vers le bas pouvant entrer en conflit avec les racines L5. Le recourant a en outre relevé que l'expert avait constaté qu'il restait difficile de travailler la journée avec une épine irritative lombaire et que globalement, il serait plus logique d'évaluer d'un point de vue neurochirurgical la possibilité d'améliorer la situation actuelle. Pour le recourant, il est antinomique dans ces conditions d'admettre une pleine capacité de travail avec baisse de rendement de 30%. Un avis neurochirurgical semble impératif avant de pouvoir raisonnablement exiger de lui la reprise d'une activité mieux adaptée que son activité antérieure. Il estime également que du point de vue du Dr V. _____, une expertise psychiatrique est nécessaire, et requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire avec volets neurochirurgical et psychiatrique. Le recourant soutient en outre que l'expert V. _____ s'est efforcé d'avaliser les positions du SMR, alors même qu'il a constaté qu'il était difficile de travailler la journée avec une épine irritative, estimant dès lors que cette appréciation remet en question la validité de la capacité de travail de 100% avec baisse de rendement de 30%, ou de 70% avec plein rendement. Avec son écriture, le recourant produit une prise de position du Dr C. _____ du 14

septembre 2015, qui a qualifié le rapport d'expertise de complet et très détaillé tant sur le plan anamnestique que clinique. Le Dr C. _____ était du même avis que l'expert s'agissant de l'épaule gauche, admettant qu'il s'agissait d'une situation passagère non invalidante à long terme. Quant aux lombosciatalgies, le Dr C. _____ a estimé que l'expert ne paraissait pas tout à fait convaincu de son estimation de la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Le Dr C. _____ a ajouté qu'il redemanderait une consultation de neurochirurgie, et qu'à ses yeux, son patient n'avait actuellement pas la capacité de travailler une journée entière, même dans une activité adaptée. Le 8 octobre 2015, l'OAI a maintenu sa position, en relevant que l'expert avait bien constaté, dans le cadre d'une expertise probante, que la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée restait la même, seules les limitations étant devenues plus importantes. En outre, l'expert avait cru être mandaté à la suite d'un renvoi du tribunal pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique, ce qui de l'avis de l'intimé pouvait peut-être expliquer ses remarques relatives à une évaluation d'un point de vue neurochirurgical.

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI 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. 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) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50%

au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 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 pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; 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. 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 les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées). 4. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de soudeur. Est par contre litigieuse sa capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant présente depuis la fin de l'année 2011 une atteinte au niveau du dos sous forme de lombosciatalgies (cf. rapport du 5 juin 2012 du Dr C._____). L'IRM lombaire du 1^{er} décembre 2011 a ainsi mis en évidence une herniation discale médiane en L4-L5 s'étendant en position latérale droite et exerçant une contrainte sur la racine L5 droit à son émergence du sac thécal. Le 16 mai 2012, le Dr H._____ a lui aussi observé une radiculopathie L5 droite irritative, très discrètement déficitaire du point de vue sensitif et éventuellement moteur. Le Dr P._____ a également constaté la présence d'une lombosciatalgie L5 droite, étayée par une IRM de la colonne du 1^{er} décembre 2011 montrant une hernie discale L4-L5 médiane et latérale

droite imprimant une contrainte sur la racine L5 (cf. rapports des 31 août et 30 novembre 2012), estimant que les lombosciatalgies intervenaient dans le cadres d'un déconditionnement focal et global. Pour ce médecin, l'assuré conservait une capacité de travail dans un poste de travail adapté, lui évitant toute charge lourde de plus de 5 kg, évitant toute flexion-rotation du tronc, et avec alternance des positions assise et debout (cf. rapport du 30 novembre 2012). La Dresse T. _____ et le Dr B. _____ ont aussi diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies L5 droites, le recourant devant dès lors éviter de soulever des charges supérieures ou égales à 8 kg plusieurs fois par jour (cf. rapport du 11 février 2013). Afin de déterminer la capacité de travail du recourant, ce dernier a été soumis à un examen orthopédique effectué par le Dr K. _____, qui l'a examiné le 28 novembre 2013. Après avoir pris connaissance du dossier et examiné le recourant, ce spécialiste a retenu que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise, sans port de charges de plus de 5 kg, en évitant les travaux penché en avant ou en porte-à-faux et en évitant également de s'accroupir, se mettre à genoux, monter sur des échelles et marcher en terrain irrégulier), l'assuré avait une capacité de travail de 70%, compte tenu d'une baisse de rendement de 30% pouvant être admise en raison des douleurs chroniques et de la nécessité de changer de position. Le recourant a fait état d'un épisode aigu de lombosciatalgies en avril 2014 et a déploré en recours qu'une réactualisation de son dossier n'ait pas été effectuée. Dans la mesure où l'OAI a estimé qu'une péjoration au niveau de l'épaule gauche avait été rendue plausible en novembre 2014 (soit postérieurement à la décision attaquée), une expertise a été confiée au Dr V. _____. Par économie de procédure, ce médecin a également été invité à examiner la problématique lombaire du recourant antérieure à la décision du 10 juillet 2014 contestée ici. Dans le cadre de son rapport du 23 mai 2015, faisant suite à un examen de l'assuré du 25 mars 2015, ainsi qu'à l'examen du dossier, le Dr V. _____ a retenu que l'état de santé du recourant au niveau du dos était resté globalement stationnaire depuis janvier 2012, et que si l'activité habituelle de soudeur n'était plus exigible, l'intéressé conservait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, rejoignant ainsi l'appréciation du Dr K. _____. Le Dr V. _____ a retenu comme limitation fonctionnelle au plan rhumatologique le port répété de charges de plus de 5 kg, ainsi que les positions contraignantes du rachis lombaire, le tronc en porte-à-faux, les mouvements répétitifs en flexion-extension du tronc, les positions statiques principalement debout, ainsi que les positions assises durant plus d'une heure. Il a précisé quant à une éventuelle péjoration de la hernie, que les résultats d'une nouvelle IRM lombaire du 30 août [recte : octobre] 2014 montraient une légère progression d'une hernie discale L4-L5 extrusive, toutefois sans élément clinique amenant à penser à une réelle aggravation du point de vue clinique. Le Dr V. _____ a procédé à un examen complet et détaillé de l'intéressé et de son dossier ; il a en outre posé son anamnèse, décrit ses plaintes et une journée-type. Les diagnostics qu'il a retenus sont motivés, et leur incidence sur la capacité de travail est bien décrite. Le Dr V. _____ s'est par ailleurs livré à une appréciation du cas et a fait état du pronostic, pour finalement répondre de façon claire aux questions qui lui étaient posées par les parties. Les conclusions auxquelles parvient l'expert ne sont au demeurant pas contredites par les autres médecins, seul le Dr C. _____, alors même qu'il admet le caractère complet et détaillé du rapport d'expertise du Dr V. _____, maintenant que son patient n'est actuellement pas en mesure d'exercer un travail une journée entière, même dans une activité adaptée. Dans ces conditions, on retiendra que c'est à bon droit que

l'intimé a constaté que le recourant présentait une capacité de travail dans une activité adaptée de 70%, l'expertise du Dr V. _____ pouvant se voir reconnaître pleine valeur probante. Le grief du recourant selon lequel son dossier n'aurait pas été réactualisé tombe, dans la mesure où il a été vu par l'expert V. _____. Cela étant, il n'est pas contesté que l'expert a relevé qu'il restait difficile de travailler toute la journée avec une épine irritative lombaire et qu'il serait globalement plus logique d'évaluer la possibilité d'améliorer la situation actuelle d'un point de vue neurochirurgical. On ne voit toutefois pas que cette observation de l'expert s'inscrive en contradiction avec ses observations : il a en effet défini la capacité de travail résiduelle compte tenu de la situation du recourant et en particulier de son atteinte lombaire. Le fait qu'il suggère une évaluation au plan neurochirurgical n'enlève rien au caractère probant de ses observations, le recourant demeurant libre de solliciter un tel avis, sans qu'il n'y ait lieu que la Cour mette en œuvre une expertise à cet effet, l'expert ayant tenu compte de tous les éléments pertinents propres à lui permettre d'arrêter la capacité de travail. L'avis neurochirurgical évoqué par l'expert concerne au demeurant l'opportunité d'un acte opératoire, lequel ne relève pas du champ de compétence de l'OAI. Quant à l'atteinte au niveau du genou droit, si elle a été mentionnée par le Dr L. _____ dans son rapport d'IRM du 19 janvier 2012, aux termes duquel il a fait état d'un foyer de chondropathie en zone de charge du condyle interne avec petite géode sous-chondrale et probable fissure dans ce cartilage du condyle interne, elle n'a pas été retenue ensuite. Le Dr P. _____ a certes lui aussi fait état d'une chondrite du condyle interne du genou droit (cf. rapport du 30 novembre 2012). Toutefois pour la Dresse T. _____, comme pour le Dr B. _____, la chondrite du condyle interne du genou droit était sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport des médecins précités du 11 février 2013). Si le Dr K. _____ a évoqué dans son rapport d'examen une chondropathie du condyle fémoral interne du genou droit, le Dr V. _____ n'a pour sa part pas non plus retenu d'atteinte au niveau du genou droit. Il a ainsi notamment constaté dans le cadre de son examen rhumatologique de mars 2015 que les articulations des genoux étaient calmes, avec flexion-extension complète avec une distance talon-fesses de 0 cm, les manœuvres méniscales et ligamentaires étant sans particularité (cf. rapport d'expertise du 23 mai 2015). Dans ces circonstances, on ne retiendra pas d'atteinte avec effet sur la capacité de travail au niveau du genou droit. Pour ce qui est de l'épaule gauche, les atteintes à ce niveau sont survenues postérieurement à la décision attaquée, ce qui n'est pas contesté, et n'ont dès lors pas à être examinées dans le cadre du présent litige. On relèvera à toutes fins utiles que le Dr V. _____ a observé que s'il subsistait certes des signes de capsulite rétractile, l'épaule gauche était toutefois en nette amélioration depuis l'examen du Dr C. _____ de décembre 2014. Le Dr C. _____ partage à cet égard l'appréciation du Dr V. _____, en admettant que l'atteinte à l'épaule gauche relève d'une situation passagère non invalidante à long terme (cf. rapport du 14 septembre 2015). Le recourant fait encore grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise au plan psychiatrique. Or le dossier ne comporte pas d'élément de nature à rendre plausible une atteinte à ce niveau. Certes le Dr P. _____, qui n'est au demeurant pas psychiatre, a mentionné un contexte de thymie anxio-dépressive (cf. rapport du 30 novembre 2012), renforcée par un isolement social en raison de la langue et du déracinement socio-culturel. Les autres médecins n'ont toutefois pas fait état d'une prise en charge psychothérapeutique, d'un suivi par un psychiatre, respectivement de la prise d'une médication. Quant au Dr C. _____, qui n'est pas non plus spécialiste en psychiatrie, il a expliqué le 3 novembre 2014 que son patient était déprimé et anxieux face à sa situation professionnelle et médicale, estimant que la longévité de ses douleurs sans amélioration

avait changé sa thymie. Or cette appréciation est postérieure à la décision attaquée ; elle émane en outre du médecin traitant, plus enclin à soutenir son patient, et ne fait pas état de la mise en place d'un traitement. Cette seule observation ne permet donc pas de considérer que l'OAI a manqué à son devoir d'instruction, respectivement que celle-ci devrait être complétée. Le Dr V. _____ a du reste constaté qu'il n'y avait pas chez le recourant de forte démonstrativité, les signes de non-organicité selon Waddell et les points de Smythe étant négatifs et la corrélation radio-clinique lui paraissant cohérente et expliquant en grande partie les plaintes. On retiendra donc que le recourant présente une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans qu'il n'y ait lieu de procéder à un complément d'instruction en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). 5. Dans un autre moyen, le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir examiné son droit à des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008). Selon l'art. 14a al. 1 LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Se prononçant sur le sens de l'art. 14a LAI dans le cadre d'une procédure visant à la coordination de la jurisprudence conformément à l'art. 23 LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les deux Cours de droit social du Tribunal fédéral réunies ont décidé, le 18 novembre 2010, que le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle suppose que l'assuré présente une incapacité de travail de 50% au moins non seulement dans sa profession (art. 6 première phrase LPGA), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 seconde phrase LPGA) (v. TF 8C_303/2009 du 14 décembre 2010 consid. 7, publié aux ATF 137 V 1). Dans la mesure où l'assuré est capable d'exercer une activité adaptée à 70%, respectivement à plein temps avec une baisse de rendement de 30%, il ne réalise pas la condition de l'art. 14a LAI relative à une incapacité de travail d'au moins 50% au sens dégagé au considérant précédent. Par conséquent, son droit à la prestation litigieuse doit être nié. 6. Il convient encore d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé, et qui est contesté par le recourant, qui estime que c'est un abattement de 15% à tout le moins qui aurait dû être effectué sur le revenu d'invalidité, et non pas de 10%. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la

base des informations données par l'employeur le 6 mai 2014, à savoir 63'232 francs. Ce montant n'est à juste titre pas contesté par le recourant. b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; cf. TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; cf. VSI 1999 p. 182). aa) En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4. L'OAI a ainsi estimé que ce revenu était celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, 4'901 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). L'intimé, 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]), a arrêté le revenu mensuel à 5'109 fr. 29 (4'901 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 61'311 fr. 51, puis a adapté ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1%, + 0,80%, + 0%) [La Vie économique, tableau B 10.2]), pour arriver à un revenu annuel de 62'420 fr. 02, ce qui représente un revenu de 43'694 fr. 02 à 70%. bb) Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (cf. TF 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1, 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1, 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2, 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3, 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (cf. TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3). 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 mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Dans le cas présent, il ressort de l'expertise du Dr V. _____, laquelle confirme l'appréciation du Dr K. _____, que le recourant peut travailler à plein temps avec une baisse de rendement de 30% en raison de ses problèmes lombaires. L'OAI a tenu compte dans la fixation de l'abattement des limitations fonctionnelles ainsi que du taux d'occupation (70%) pour arrêter l'abattement à 10%. Ce taux doit être confirmé. En premier lieu, il est constant que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (TF 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2 ; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références). L'OAI a en outre tenu à juste titre compte des limitations fonctionnelles de l'intéressé comme facteur de réduction, de même que du fait qu'il ne peut travailler qu'à temps partiel, ce qui est susceptible d'avoir une influence négative sur le salaire chez les hommes (cf. TF 9C_728/2009 du 21 septembre 2010 consid. 4.3.2). En revanche, le critère de l'âge n'est pas déterminant, le recourant étant jeune. Concernant l'expérience professionnelle de l'assuré auprès d'un seul employeur, elle ne peut pas être considérée comme un critère d'abattement, dans la mesure où la perte d'éventuels avantages salariaux n'a pas à être prise en considération dans le domaine des activités simples et répétitives pour lesquelles il a été admis que l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail (cf. TF 8C_97/2014 du 16 juillet 2014 consid. 4.2 et 9C_455/2013 du 4 octobre 2013 consid. 4.1). Dans ces circonstances, prises en considération dans une approche globale de la situation du recourant, il n'y a pas lieu de retenir un taux d'abattement supérieur à 10%. cc) Le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé ne peut être confirmé. En effet, en 2012 sont entrés en vigueur les nouveaux tableaux ESS, immédiatement applicables selon la lettre circulaire AI n° 328 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Le revenu ESS 2012 qui doit être retenu est dès lors de 5'210 fr. par mois pour des hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples, ce qui correspond à un salaire de 5'431 fr. 43 compte tenu de la durée hebdomadaire de 41.7 heures en moyenne dans les entreprises en 2012. Dans la mesure où les salaires nominaux ont progressé de 0,7% en 2013, et compte tenu d'un abattement de 10%, le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 41'349 fr. à 70%. Comparé au revenu sans invalidité de 63'232 fr., le degré d'invalidité est de 34,61% et ne permet pas l'ouverture du droit à la rente. Même en retenant un abattement de 15%, le taux d'invalidité ne serait alors que de 38,24%, soit un taux également insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. 7. Le recourant soutient enfin qu'il doit se voir reconnaître le droit à des mesures d'ordre professionnelles, dès lors que le taux d'invalidité arrêté par l'intimé – quand bien même il est contesté – est quoi qu'il en soit supérieur à 20%. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de

réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Ces mesures de réadaptation comprennent, en particulier, des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). b) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé, qui a constaté par le biais de son service de réadaptation qu'aucune mesure simple et adéquate ne permettait de diminuer de manière considérable le préjudice économique de l'assuré, en particulier au vu de son manque de formation et de son niveau de français. En outre, eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité industrielle légère avec alternance des positions et de l'expérience professionnelle acquise dans son activité de soudeur exercée pendant 10 ans, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes du recourant que celui-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (cf. dans ce sens TF 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5). 8. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs. Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que ces frais sont provisoirement mis à la charge de l'Etat (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). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 juillet 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. 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. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap, Service juridique (pour N. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.