

VD_FINDINFO AI 446/07 - 323/2011 vom 15. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_446_07_-_323_2011

FR: VD_FINDINFO AI 446/07 - 323/2011 du 15 juin 2011

IT: VD_FINDINFO AI 446/07 - 323/2011 del 15 giugno 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE | 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.06.2011 AI 446/07 - 323/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE | 17 LAI, 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 446/07 - 323/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juin 2011

_____ Présidence de _____ Mme Röthenbacher Juges : _____ Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre Greffière : _____ Mme Donoso Moreta ***** Cause pendante entre : L. _____, à Corseaux, recourant, représenté par Me François Magnin, avocat à Lausanne et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé _____ Art. 8 al. 1 et 16 LPGA ; 17 et 28 al. 1 LAI En fait : A. L. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1951, a été engagé comme infirmier aux soins intensifs à l'Hôpital D. _____ le 2 août 1989. En date du 19 janvier 1999, il a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il était au guidon d'un scooter, l'assuré a été heurté par l'avant d'un véhicule automobile, qui, sortant d'une route déclassée à une vitesse de 40 à 45 km/heure, ne lui a pas accordé la priorité. L'assuré ayant donné un coup de frein et tourné le guidon de son scooter sur la gauche pour éviter le choc, le scooter a dérapé, glissé sur le côté gauche et heurté l'avant gauche de la voiture. L. _____ a perdu l'équilibre et a chuté sur la chaussée en glissant sur celle-ci. Après l'accident, l'assuré a été conduit à l'Hôpital D. _____, site du [...], par la police. Il a ensuite quitté cet établissement le même jour, après avoir été soigné en ambulatoire. Le rapport interne de l'hôpital indique que l'assuré présentait plusieurs douleurs à la main droite (très légère douleur en regard des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpiens droits, douleur à la palpation du 3^{ème} métacarpien), au coude gauche (dermabrasion de trois centimètres et plaie de 3 cm, d'une profondeur de 0,7 cm, qui a nécessité deux points de suture) ainsi qu'à la cuisse latérale gauche (hématome localisé à la face latérale gauche). Par ailleurs, il ressort du rapport interne de ce même hôpital, établi après une consultation du 29 janvier 1999, que l'assuré présentait une bonne évolution de la main, mais des persistance de douleurs et une tuméfaction du coude gauche, des douleurs dans la cuisse et le genou gauche, ainsi que des lombalgies. Ce rapport contient une description des douleurs et fait état d'une radiographie du coude gauche qui indique un petit arrachement et une bursite. Le port d'une attelle antalgique a été prescrit. L'assuré a repris le travail à 100 % le 21 février 1999, mais a continué à se plaindre de douleurs, d'abord au coude gauche, puis au genou et au dos. Le 30 juin 1999, il a consulté le Dr W. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Sur demande de ce dernier, le Dr G. _____,

radiologue, a effectué une IRM du genou gauche de l'assuré, qui a objectivé une déchirure méniscale. Le 3 septembre 1999, L. _____ a arrêté le travail, sur prescription du Dr W. _____, qui a procédé le 9 septembre 1999 à une arthroscopie, une méniscectomie interne du genou gauche, ainsi qu'à un examen de la cheville droite sous narcose, en raison d'un status après entorse de la cheville droite. La reprise du travail était initialement prévue pour la fin du mois. L'assuré n'a toutefois tenté une reprise de travail à 50 % que le 15 novembre 1999, mais cette tentative a été interrompue le même jour, en raison de douleurs aux genoux. Une scintigraphie osseuse des deux genoux a alors été pratiquée, le 19 novembre 1999, par la Dresse K. _____, du Service de médecine nucléaire de l'Hôpital Z. _____, qui conclut à une gonarthrose débutante, prédominante à gauche. Durant cette période et par la suite, L. _____ a également bénéficié de nombreuses séances de physiothérapie et de massages. Une nouvelle IRM du genou gauche a été effectuée le 22 janvier 2000 par le Dr S. _____ du Centre de radiologie du [...], à la demande du Dr R. _____, médecin-conseil de M. _____ Assurances (l'assureur-accident de l'assuré), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Cette IRM a permis d'observer une absence de changement significatif par rapport aux documents d'août 1999. La nouveauté relevée par le Dr S. _____ est notamment un important remaniement de la moelle osseuse du plateau tibial interne, ainsi qu'une atteinte inflammatoire de part et d'autre de l'extrémité distale du ligament collatéral interne. Une IRM du genou droit, effectuée le 4 février 2000 par le Dr U. _____, radiologue, mentionne toutefois l'existence d'une gonalgie droite interne après contusion sur chute à moto (sic) le 19 janvier 1999. L'assuré a ensuite été examiné par le Dr R. _____, les 19 janvier et 3 février 2000. Dans son rapport du 14 février 2000, ce médecin note que les plaintes principales de l'assuré concernent le genou gauche, le genou droit, la cheville droite, des lombalgies et des douleurs résiduelles à l'olécrâne. Il estime en bref que l'assuré souffre de séquelles de l'accident du 19 janvier 1999 qui l'empêchent de travailler et que cette incapacité de travail résulte principalement des plaintes concernant le genou gauche. Il indique qu'il n'a pas d'explication rationnelle pour les douleurs résiduelles à la cheville droite et au coude gauche et que les lombalgies actuelles sont sans rapport de causalité avec la contusion lombaire, mais probablement avec la lésion dégénérative L5-S1. Sur conseil du Dr R. _____, M. _____ Assurances a ordonné une cure de trois semaines à la Clinique de réhabilitation de [...], du 12 juin au 2 juillet 2000. Le rapport de sortie établi le 8 août 2000 par le Dr M. _____ et son assistante la Dresse P. _____, indique que la capacité de travail de l'assuré reste nulle à la sortie, comme depuis le 3 septembre 1999. Par courrier du 29 mai 2000, l'employeur de L. _____, l'Hôpital D. _____, a mis fin au contrat de travail le liant à l'intéressé, pour le 31 août 2000. B. L. _____ s'est annoncé à l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 26 septembre 2000, en sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement et/ou une rente. Il indique souffrir des genoux, de lombalgies, de douleurs au pli de l'aîne, prédominantes à gauche, de douleurs à l'épaule gauche, de douleurs occasionnelles en appui à l'olécrâne gauche, d'un relâchement et de douleurs occasionnelles à la cheville droite. Dans un questionnaire d'employeur du 20 octobre 2000, on peut lire que l'assuré gagnait, en 2000, 7'349 fr. par mois. a) Dans un rapport médical du 17 novembre 2000, le médecin traitant de l'assuré, le Dr W. _____, a écrit que son patient se plaignait de gonalgies persistantes à gauche, de douleurs inguinales des deux côtés, de lombalgies basses et de douleurs de l'épaule gauche depuis un séjour à [...] à la fin du mois de juin 2000. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 3 septembre 1999, pour une durée indéterminée. Le Dr W. _____ écrivait toutefois que la

capacité de travail actuelle comme infirmier spécialisé était probablement de l'ordre de 40 % et qu'un emploi mieux adapté permettrait certainement une amélioration de la capacité de travail, si l'on évitait la manipulation des patients alités. Une réadaptation professionnelle était probablement envisageable de suite . Par rapport médical du 16 mars 2001, après avoir fait effectuer par le Dr G._____, radiologue, une nouvelle IRM de l'épaule gauche le 7 mars 2001, qui conclut à une tendinite du sus-épineux, le Dr W._____ a posé les diagnostics suivants: - gonarthrose débutante à gauche; - lombalgies; - syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (tendinite du sus-épineux). b) Le 2 avril 2001, M._____ Assurances a mandaté un expert orthopédiste, le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a eu à disposition un dossier comprenant de nombreux documents radiologiques et IRM et qui a déposé son rapport le 8 mai 2001, sur la base d'un examen effectué le 23 avril 2001 . Il pose les diagnostics suivants: -contusion-distorsion du genou gauche avec lésion méniscale interne traitée et stabilisée; -insertionite au pôle supérieur et inférieur de la rotule et sur la face interne du genou gauche, étrangère à l'accident; -tendinite du sus-épineux à l'épaule gauche avec syndrome d'Impingement sous-acromial de l'épaule gauche, étrangère à l'accident; -contusion de la colonne lombaire, guérie; -lombalgies sur discopathie L5-S1 et insertionite à la crête iliaque postéro-supérieure gauche, étrangère à l'accident; -troubles somatoformes douloureux et persistants. L'expert déclare ne pas parvenir à expliquer la symptomatologie douloureuse de l'assuré par un examen clinique ou des examens complémentaires pathologiques, raison pour laquelle il retient un trouble somatoforme douloureux, sans se prononcer sur la capacité de travail. En outre, il n'a pas l'impression qu'un traitement médical puisse améliorer la situation actuelle. c) Dans un rapport du 13 septembre 2001 établi à l'intention de M._____ Assurances, on peut lire sous la plume du Dr BB._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, qu'on ne peut reconnaître au patient une incapacité de travail supérieure à 50%, que l'on attribuerait à ses lombalgies basses sur nette discopathie et début de discarthrose L5-S1, à ses douleurs du coude gauche qui présente par ailleurs une légère limitation de la flexion, à ses scapulalgies gauches sur conflit sous-acromio-deltoïdien, enfin à son syndrome somatoforme douloureux. En ce qui concerne le pronostic, le Dr BB._____ expliquait celui-ci était mauvais, car dépendant avant tout du syndrome somatoforme douloureux. Par ailleurs, comme infirmier, l'assuré était soumis à des efforts qui pouvaient être conséquents et aggraver ses lombalgies sur sa discarthrose. Dans une place adaptée telle qu'infirmier dans une policlinique, le pronostic était bon et la capacité de travail d'un minimum de 80 %, sous réserve susmentionnée. Le Dr BB._____ a confirmé ses conclusions le 29 octobre 2001, suite à des critiques de l'assuré. Il a notamment estimé que la composante psychologique qu'il avait relevée était confortée par l'attitude déraisonnable de l'assuré, qui avait demandé et payé lui-même de nombreux examens qui démontraient, sinon ceux du rachis lombaire, l'absence d'organicité d'origine traumatique et l'absence d'incapacité de travail en rapport avec l'accident. d) Dans un rapport initial du 3 octobre 2001, l'Office AI relève que, au vu du contexte dans lequel se trouve l'assuré, il paraît difficile, voire impossible d'envisager un reclassement, son état d'esprit n'étant pas compatible avec les exigences requises par ce type de mesure. e) Le 8 janvier 2002, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a fait parvenir un rapport médical à l'Office AI, dans lequel il écrit notamment ce qui suit : « Monsieur L._____, infirmier de profession, sans antécédent notable jusqu'à un accident de la circulation en avril 99, présente actuellement un tableau de plaintes polytopiques à focalisation articulaire. Celles-ci correspondent à des lésions

structurelles modérées, pouvant expliquer une partie des plaintes, mais non l'intensité et la pérennisation de celles-ci. Monsieur L. _____ présente essentiellement un probable syndrome de stress post-traumatique dont il a tous les signes, mais qui justifierait un bilan psychiatrique complémentaire, dans un contexte assécurologique mais également thérapeutique. Les différentes constatations radiologiques n'apportent rien au débat, ce patient, d'un point de vue uniquement structurel devrait pouvoir travailler normalement comme infirmier. En l'absence d'examen psychiatrique, je ne peux me prononcer sur sa capacité de travail exigible. » f) Le 6 mars 2002, le Dr Y. _____ a établi un rapport psychiatrique pour l'Office AI. Il y pose les diagnostics suivants : - syndrome dépressivo-anxieux post-contusionnel (accident du 19. 01. 1999) sur structure narcissique fragile ; - surcharge psychogène probable des douleurs d'origine somatique ; - conflit avec l'assurance et des médecins. Selon le Dr Y. _____, une reprise de travail de l'assuré en qualité d'infirmier en soins intensifs ne pouvait être envisagée. Toutefois une activité professionnelle plus appropriée à son état de santé était possible, mais au maximum à 50%. Il fallait donc lui reconnaître une incapacité de travail à 50% pour une durée indéterminée. Le pronostic restait réservé, mais au cours des entretiens, l'assuré était devenu plus accessible à une approche psychologique. Une reconnaissance plus claire de l'authenticité de ses douleurs physiques pourrait constituer une réhabilitation morale et surtout une restauration narcissique de son économie psychique. On pourrait ainsi lui permettre de diminuer l'investissement névrotique des conflits avec l'assurance et le corps médical. De ce fait, il serait possible d'éviter une chronicisation de l'évolution du cas vers une névrose d'assurance durable. g) À la requête de l'Office AI, le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a réalisé une expertise psychiatrique de l'assuré. Il résulte ce qui suit de son rapport du 9 octobre 2002 : « Discussion : Il s'agit d'un homme qui a fait son chemin de vie avec capacité, ambition et persévérance. Sa réussite et sa reconnaissance sont manifestes dans ses différents engagements, les certificats élogieux, sa vocation dans les postes à responsabilités, dans la formation de jeunes infirmiers et dans sa réussite de vie familiale. L'accident qu'il subit en 1999 en tant que victime n'est en soi pas encore une coupure de cette trajectoire rectiligne. Même arrivé avec une certaine brutalité, inattendu et avec la notion de vécu de mort imminente sur le moment, le patient met d'abord en place des mécanismes de réparation et d'adaptation. Sa vision est d'abord dirigée sur la réparation somatique. Lorsque cette réparation n'est pas entière et qu'elle persiste sous forme de douleurs, Monsieur L. _____ est d'abord activement participant pour son rétablissement. Les choses tournent au moment où il fait l'effort de retourner à sa place de travail et où il continue à temps partiel avec présence des douleurs restantes. À ce moment-là se crée et s'accroît une notion que « quelque chose ne va pas ». Et c'est à travers cette notion qu'un processus d'accentuation et de généralisation se met en route. Ceci concerne en première ligne le domaine corporel, où le patient développe une attitude d'observation à son corps et ses différentes manifestations et sur d'autres régions anatomiques (dos, cheville, épaule, coude, etc.). Subjectivement, il a du mal à accepter les propos des médecins experts qui parlent d'effets dégénératifs, problèmes pré-existants, etc. et qui relativisent selon lui l'impact et la causalité unique de l'accident. C'est ainsi que l'on observe à travers la chaîne d'expertises (Docteurs R. _____, T. _____, BB. _____, N. _____) un fossé important qui se creuse entre la conviction personnelle de l'assuré et la vision des médecins. Dans le même processus, l'assuré devient en quelque sorte porteur de contre-expertises lui-même, du moins expert en sa propre cause qu'il connaît et documente dans les moindres détails. Chaque nouveau contact médical devient par la même occasion porteur d'espoir

pour enfin être reconnu dans sa vision. C'est le cas pour notre expertise et c'est le cas pour l'expertise organisée par son médecin traitant récemment. "Cheval de bataille", "drapeau rouge" est dans ce processus particulièrement la notion introduite d'un trouble somatoforme. À travers ce mot-clé avec sa connotation d'une composante de souffrance psychique, Monsieur L. _____ s'alerte, se révolte, se sent agressé, voire "deshonoré" et il en fait son objectif de lutte en dehors de toute rationalité. C'est ainsi que, en tant qu'expert psychiatre, je peux résumer le processus psychodynamique en route depuis 1999, sans que je ne me prononce sur le contenu des dites expertises. Bien que le dernier mot quant à l'appréciation somatique n'est pas prononcé, il est cependant possible de nommer quelques facteurs qui pourraient éventuellement expliquer la dynamique excessive et devenue pathologique et épuisante par la suite. Il s'agit dans ce contexte des facteurs suivants : 1. Personnalité de l'assuré : auparavant certainement de type "normonévrosé" comme tout un chacun, peut-être avec quelques sensibilités particulières quant à son image de lui-même et son équilibre narcissique, il est en train de développer des traits d'une personnalité du type sensitive - quérulente avec sensibilité accrue, tendance rancunière, conviction d'être blessé, sens tenace et combatif de ses droits, dépassement de proportions avec la situation réelle, etc. 2. Il est hypothétiquement possible que le cancer des seins que sa femme a subi en 1997 ait joué un rôle déstabilisant dans la vie de couple et de famille, comme il le dit lui-même étant tout juste rassuré aujourd'hui, après le délai des 5 ans. 3. Importance de l'image de lui-même devant sa famille et sa famille d'origine. La plupart de ses frères et sœurs, à l'instar de la situation noble de leurs parents, sont en bonne position. Lui, avec sa situation, fait contraste par rapport à cette famille. Le fait de devoir emprunter de l'argent pour subvenir aux besoins de sa propre famille est dans ce contexte certainement un acte difficile et humiliant pour l'assuré. 4. Le processus engendré est entretenu aussi par l'assuré est auto-accentuant : chaque nouvelle contradiction nourrit le sentiment d'injustice et de "faux jugement" et pousse l'assuré en avant vers de nouvelles observations, recherches de documentation, expertises, etc. Cette dynamique est donc devenue en elle-même pathogène. À noter encore une fois qu'il s'agit ici d'éléments hypothétiques pour expliquer l'état des choses, ceci en l'absence de toute possibilité d'introspection et de vérifications intra-psychiques du côté de l'expertisé. Il est en effet, dans son acharnement juridico-médical, malgré son intelligence au-dessus de la moyenne, incapable d'écouter une autre vision ou de créer une ouverture de réflexion pour lui-même, tant "qu'il n'a pas vu une reconnaissance" . Une accalmie, dépendant des conditions que l'assuré lui-même, dans sa conviction et dans son acharnement, pose, n'est guère en vue. L'ensemble du processus fait également que l'on perçoit aujourd'hui le patient effectivement dans un état d'épuisement et de limite psychique. Oscillant entre une polarité dépressive et agressive, le tableau clinique est polymorphe et difficile à saisir. » Au vu de la discussion qui précède, l'expert a relevé trois principales notions diagnostiques, soit : « 1. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 de la Classification Internationale des maladies en vigueur, CIM-10). En dehors de l'existence des douleurs et séquelles de l'accident qui font actuellement l'objet d'une nouvelle expertise, on résume ici la partie des plaintes et des douleurs généralisées qui s'accompagnent d'un sentiment de détresse, non expliqué entièrement par le processus physiologique. Chez ce patient, comme nous l'avons résumé dans le chapitre précédent, quelques facteurs et conflits émotionnels peuvent potentiellement intervenir comme causes dans ce trouble. Comme mentionné, il pourrait s'agir de la maladie cancéreuse de son épouse, de la pression intra-familiale, des effets néfastes de la dynamique qui s'est mise en route et que le patient entretient dans sa notion "d'honneur" qui prend une place particulière

chez lui et son arrière-fond culturel. 2. Dysthymie (F34.1, CIM-10) Il s'agit ici d'un état pour le moment fluctuant et non fixé de détresse psychique avec abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt, impossibilité de faire des projets et quelques troubles somatiques. D'autres critères d'un état dépressif ne sont pas donnés, notamment pas de réduction d'énergie globale, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi, etc. De plus, cet état est entrecoupé par des attitudes et éruptions agressives, état psychique qui n'a actuellement pas de correspondant dans la classification internationale. Ce qui est donc ici surtout caractérisé par le terme de dysthymie est le fait que l'assuré arrive par moment à des états d'épuisement et de découragement très manifestes. 3. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0, CIM-10) On entend ici des symptômes physiques, initialement dus à un trouble physique, mais amplifiés et entretenus par l'état psychique du patient. Sans avoir obtenu une reconnaissance qui lui semble due, le patient réagit avec un sentiment de détresse à la douleur et à son handicap partiel et redoute une persistance et une aggravation de son handicap et de sa douleur. La satisfaction relative aux résultats du traitement et des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elles sont perçues) représentent un facteur qui explique la persistance. Dans ce cas, il ne s'agit certainement pas de compensation financière qui est cherchée à la suite de l'accident, mais de la notion de réparation symbolique (l'assuré insiste sur le fait qu'il n'a jamais obtenu une excuse) et surtout de la notion d'honneur. Comme mentionné, probablement dans son contexte culturel d'origine plus important encore, Monsieur L. _____ souhaite obtenir une reconnaissance en tant que telle, qu'il a subi un préjudice. Dans le dit contexte d'une structure et comportement névrotique, il est aussi permis de faire l'hypothèse d'un transfert inconscient entre le fils de médecin coupable de l'accident et les médecins qui ne peuvent et ne veulent pas réparer et reconnaître les torts. C'est d'ailleurs son propre psychiatre, le Docteur Y. _____, qui évoque déjà indirectement la notion de ce terme diagnostique lorsqu'il parle du danger d'une "chronicité de l'évolution du cas vers une névrose d'assurance durable". Le patient est finalement en train de développer une pathologique personnalité sur fond de traits particuliers. Il s'agit de la notion de 4. Personnalité paranoïaque (F60.0 dans la CIM-10) Nous sommes pour le moment uniquement en face de quelques traits, comme la sensibilité, tendance rancunière, caractère soupçonneux, tendance combative, augmentation de sa propre importance, etc. Caractérisant une manière spécifique de fonctionner et d'être dans ses relations, d'abord sans notion de pathologie, elle pourrait en devenir une si le processus décrit ne prend pas fin. Comme démontré, le cas de Monsieur L. _____ est une très grande complexité et ne peut être compris sans ses aspects dynamiques. Il est dès lors de la même manière complexe et compliqué de donner une réponse quant à son atteinte psychique. Si on se positionne strictement du côté formel des diagnostics, aucune invalidité durable ne serait à retenir. Paradoxalement, on rejoint alors ici exactement la position du patient qui lutte pour la "non reconnaissance psychique". D'autre part, il devient évident que cet homme est, dans son mélange spécifique en traits de personnalité accentuée et lutte médico-judiciaire, au bord d'un épuisement. Il a certainement comme sa femme décrit, changé de caractère et d'équilibre qui risque encore de s'aggraver par la suite. Mais compte tenu du fait qu'une partie de la dynamique et de sa souffrance est initiée et entretenue par un choix de lui-même, il est à nouveau difficile de lui accorder la notion d'une maladie psychique. Je pense ici notamment au fait qu'il a décidé de ne plus vouloir travailler dans le milieu infirmier et à son côté têtu de ne pas vouloir entendre d'autres ouvertures professionnelles, de formation et les notions différenciées que les médecins somatiques lui

amènent quant à sa souffrance (atteinte de certains organes non due à l'accident, mais à l'âge, etc.). Après beaucoup de réflexions et de pondération, je suis, après cette longue recherche, arrivé à la conclusion personnelle que cet homme - du côté psychiatrique et en ce moment - n'est pas invalide. Si la dernière recherche somatique retient encore une fois la notion d'un handicap partiel, je pourrais imaginer que Monsieur L._____ travaille dans sa profession. Mais contrairement au Docteur BB._____, je ne le vois pas en policlinique ou dans des soins infirmiers effectués auparavant, mais plutôt dans la formation et gestion. Ici, l'assuré a fait preuve déjà de connaissances et capacités considérables et pourrait déployer ses aptitudes. Un refus de continuer, même sous cette nouvelle forme, dans sa profession serait alors purement un choix personnel et nullement en lien avec l'accident. » Dans un rapport du 1^{er} novembre 2002, un médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR), se fondant sur l'expertise du Dr F._____, écrit que la présence d'un syndrome douloureux somatoforme avec un substrat organique modéré permet de retenir une incapacité de travail de 50% comme infirmier devant s'occuper de patients, avec les efforts physiques que cela entraîne. Par contre, en accord avec les conclusions des Drs BB._____ et F._____, le médecin du SMR écrit qu'une activité ne nécessitant pas d'efforts physiques devrait pouvoir être exigée à 80%, par exemple dans la formation ou la gestion. Ce médecin conclut que, vu les avis des experts, l'existence d'un conflit avec l'assurance-accidents et le rapport de l'Office du 3 octobre 2001, des mesures professionnelles étaient à l'évidence impensables. L._____ a demandé deux expertises privées, l'une au Dr DD._____, orthopédiste, qui a établi son rapport le 11 novembre 2002, et l'autre au Dr CC._____, rhumatologue, qui a établi son rapport le 9 janvier 2003. h) Le Dr DD._____ a posé le diagnostic suivant : « - conflit sous acromial gauche - ostéophytes acromio claviculaires inférieurs gauches - État après contusion de l'épaule gauche* - SLAP- lésion, type I de l'épaule gauche* - État après contusion-distorsion du coude gauche* avec plaie et bursite olécrânienne gauche* - discopathie L5-S1 - Lombalgies chroniques récidivantes - État après contusion-distorsion lombaire* - conflit (impingement) du bord acétabulaire supéro-externe de la hanche droite - syndrome fémoro-rotulien post-traumatique bilatéral* - État après distorsion-contusion antéro-interne des 2 genoux* - Arthrose fémoro-tibiale interne débutante bilatérale, plus prononcée à gauche* - État après ménisectomie partielle interne gauche* - petit ostéophyte au tibia antérieur et au col astragalien droit (?) - État après contusion-distorsion de la cheville droite* - syndrome dépressivo-anxieux post-traumatique* sur structure narcissique fragile (Dr Y._____, 6. 3. 2002) -État après choc psychique traumatique important* » La partie « appréciation » de cette expertise est la suivante : « a) Aspect psychique : En lisant l'histoire que le patient a résumée par écrit et en écoutant son récit oral on est frappé de l'importance du choc psychique que l'assuré a dû subir au moment de l'accident du 19.01.1999. Cette entité psychique a malheureusement échappé aux médecins dès le début et pour assez longtemps. On s'est occupé que des lésions organiques. Dans l'expertise du 8. 5. 01 le Dr T._____ soupçonne une composante psychique, mais sans la lier à l'accident. Il considère l'état comme une atteinte psychogène sans base organique qui provoque un syndrome somatoforme douloureux. Ce syndrome est caractérisé par des douleurs corporelles sans atteinte organique décelable basées sur un état psychique exclusivement. Le Dr BB._____ évoque le 13. 9. 01 pour la première fois clairement des séquelles psychiques post-traumatiques qui conditionnent l'état douloureux important persistant. Il s'étonne qu'aucun traitement psychologique (débrieffing) ait eu lieu. M. L._____ apporte le 15. 11. 02 un rapport psychiatrique du Dr Y._____, [...] du 6. 3. 02 qui spécifie l'atteinte

psychique soupçonnée par le sous-signé. En résumé le Dr Y. _____ confirme le récit du patient avoir vécu la menace de mort au moment de l'accident du 19 .1. 99. Par la suite : « Développement rapide d'angoisses nocturnes et diurnes et de tendances dépressives réactionnelles. Progressivement l'assuré arrive à la conviction que son avenir est sans issue. Développement de l'impression d'être la victime injuste d'incompréhensions multiples de la part de son assurance et de certains médecins. On est frappé que ni le patient ni les médecins n'aient sollicité une intervention psychiatrique. Le déni de cette réalité provoque un effondrement psychique greffé sur ses atteintes somatiques. Il en résulte un engagement massif pour défendre la restauration de sa crédibilité et de sa dignité. » En plus des diagnostics psychiatriques mentionnés sous ch. 3 ci-dessus le Dr Y. _____ évoque une surcharge psychogène probable des douleurs d'origine somatique. b) Aspect organique : Une question qui se pose actuellement est de savoir si l'état douloureux n'est dû qu'aux séquelles psychiques. Ceci peut être nié. La médication anti-inflammatoire (Felden) et antalgique (Dafalgan) administrée le 16. 10. 02 a permis de diminuer nettement les douleurs. Une telle diminution ne s'observe pas avec ce genre de traitement si l'origine des douleurs n'est que psychique. c) Colonne vertébrale lombaire : Une discopathie L5/S1 et une spondylarthrose L5/S1 (arthrose des articulations intervertébrales) causent les douleurs lombaires au niveau vertébral et musculaire ainsi que des douleurs aux insertions sacro-pelviennes. En effet, les dégénéralions L5/S1 causent des irritations qui provoquent une défense par contraction musculaire réflexoire. Ceci provoque des douleurs musculaires lombaires. En plus, la tension musculo-tendineuse lombaire augmentée provoque des inflammations aux insertions sacro-pelviennes qui deviennent douloureuses. La discopathie L5/S1 et la spondylarthrose L5/S1 sont d'origine dégénérative, donc malade. L'accident du 19. 1. 99 n'a provoqué aucune péjoration permanente. L'accident du 19. 1. 99 a causé une contusion et une distorsion lombaire. Ces lésions traumatiques peuvent être considérées comme liquidées après 12 mois au maximum. d) Épaule gauche : une contusion-distorsion survenue lors de l'accident du 19. 1. 99 a certainement eu lieu. Les douleurs guérissent après quelques mois. Elles n'étaient pas ou peu présentes initialement. Les douleurs se sont aggravées qu'en juin 2000 à [...], provoquées par un mouvement d'élévation-abduction en nageant sur le dos. On trouve à l'examen clinique une symptomatologie typique d'un conflit sous-acromial gauche. Les radiographies du 7. 11. 00 montrent des ostéophytes acromio-claviculaires inférieurs qui provoquent une impression du tendon sus-épineux, visible sur l'IRM du 7.3.01. Une arthro-IRM de l'épaule gauche du 23.9.02 permet les mêmes constatations. L'absence de fuite extra-articulaire du contraste exclut des déchirures massives capsulo-ligamentaires ou du bourrelet glénoïdal. Une lésion SLAP (Superior ligaments antéroposterior) de type I est très probable. Il s'agit d'un effilochage très limité au bourrelet glénoïdal supérieur, mais sans destabilisation (type II) et surtout sans interposition (type III et IV). Le degré I est susceptible de guérir sans opération. Les fibres effilochées de la capsule articulaire avoisinant le bourrelet peuvent dégénérer et entretenir un état douloureux. La lésion SLAP, c.à.d. capsulaire supérieure de l'épaule est typiquement provoquée par une contusion du coude avec une force axiale agissant sur l'humérus. Ce traumatisme a eu lieu vu la plaie qui a été cousue au niveau de l'olécranon gauche. La symptomatologie clinique est similaire pour un conflit sous-acromial du tendon sus-épineux et pour une lésion SLAP. On ne peut donc pas arriver à une différenciation nette par le seul examen clinique. A noter que la lésion SLAP est beaucoup moins fréquente que le conflit sous-acromial. Une arthroscopie permettant une documentation (photographie) de la lésion SLAP et le traitement par résection des fibres dégénérées peut être discutée selon évolution.

Il serait alors utile de procéder en même temps à une acromioplastie pour améliorer le conflit sous-acromial. La natation à [...] peut avoir réactivé la lésion SLAP ainsi que le conflit sous-acromial gauche. Coude gauche : On n'y trouve aucune lésion ostéoarticulaire majeure. Les douleurs et contractures musculaires sont imputables plutôt à la pathologie de l'épaule qu'aux altérations discrètes du coude. e) Bassin : Les douleurs dans l'aîne surtout droite s'expliquent par un conflit fémoro-acétabulaire (impingement): Une partie de la tête fémorale et/ou du col fémoral touche le limbus (anneau fibro-cartilagineux contournant le cotyle osseux) qui peut être lésé et/ou le cartilage articulaire du bord supéro-externe du cotyle. Cette condition est constitutionnelle, dépendant de la configuration articulaire de la hanche. L'ancienne fracture de la crête iliaque gauche (1995) ne cause aucun problème. f) 2 genoux : On trouve un syndrome fémoro-rotulien douloureux. Cette entité est souvent malade, mais parfois aussi post- traumatique. Un état maladif aurait provoqué une symptomatologie douloureuse lors des efforts en flexion-extension multiples effectués en pratiquant régulièrement l'aviron. Vu que les genoux n'ont point causé de tels problèmes auparavant il faut admettre que la souffrance fémoro-rotulienne est séquellaire à la contusion antérieure des genoux, documentée peu après l'accident. La symptomatologie fémoro-tibiale est objectivée par l'amincissement du cartilage rotulien visible aux IRM. La sévérité de l'usure du cartilage ne va souvent pas de pair avec la sévérité des douleurs et de l'handicap. L'usure du cartilage fémoro-tibial du genou droit ne peut pas être imputée, avec une grande probabilité, à l'accident. Par contre, il est judicieux de reconnaître l'usure fémorotibiale interne gauche comme post-traumatique, soit éventuellement comme lésion directe, soit suite à la méniscectomie qui a été pratiquée en septembre 99 à la suite de l'accident. g) Cheville droite : Son état est difficilement définissable. Une entorse nécessite une stabilisation suffisante dès le début, soit par bande élastique, soit par une attelle. Sans traitement certains cas aboutissent à des symptômes variés, p. ex. un sentiment d'insécurité. Dans ce cas l'insécurité n'est point due à une instabilité ligamentaire qui aurait été révélée par les radiographies comparées forcées en inversion (19.1.01). Une instabilité ligamentaire peut donc être exclue avec certitude. Les ostéophytes, petit au tibia antérieur, plus grand au col astragalien supérieur ne causent normalement pas de problème, vu qu'ils sont assez distants de l'articulation tibio-astragaliennne pour ne pas compromettre la mobilité. Ces ostéophytes n'ont probablement pas une valeur pathogénique importante. Ils sont un signe indirect d'un étirement (entorse) capsulaire antérieur de la cheville. Une distorsion de la capsule articulaire antérieure ne nécessite normalement aucun traitement. 5. C O N C L U S I O N S Le cas de M. L. _____ est très difficile. Les difficultés ne résultent pas que de l'état traumatologique des lésions mais aussi du fait qu'on a omis d'établir un bilan global les premiers jours après l'accident. On s'est limité à un problème qui a sauté aux yeux, initialement au coude gauche et à la main droite, plus tard au genou gauche et au dos, etc. La méconnaissance du traumatisme psychique initial et de l'aggravation progressive de l'état psychique vu que le lésé s'est senti mal compris et pas pris au sérieux par divers médecins constitue actuellement une situation plus difficile. Une prise en charge initiale globale avec établissement d'un diagnostic complet et des traitements appropriés somatiques et psychologique aurait très probablement abouti à un résultat satisfaisant dans un laps de temps raisonnable. » L'expert conclut à une incapacité de travail complète depuis le 16 novembre 1999 comme infirmier et déclare qu'il est trop tôt pour pouvoir envisager une autre activité professionnelle. L'évaluation des perspectives professionnelles ne pourrait en effet se faire qu'après une stabilisation de l'état psychique et une amélioration somatique. Enfin, le Dr DD. _____ suggère qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique. i) Le

rapport du Dr CC. _____ du 9 janvier 2003 a la teneur suivante dans sa partie « appréciation » : « M. L. _____ a eu un accident de la circulation, le 19.01.1999, au cours duquel il a subi de multiples traumatismes et contusions, touchant les 2 genoux, l'épaule gauche, la cheville droite, la main droite, la cuisse gauche avec hématome et une plaie au coude gauche qui sera suturée. Il se plaindra dans les suites immédiates de lombalgies. Ces différents problèmes, entraînant des douleurs importantes, ont motivé un arrêt de travail jusqu'au 21.02.1999, date à laquelle il reprend son poste d'infirmier à 100%, toujours sous traitement anti-inflammatoire et physiothérapie pour des gonalgies. Ne pouvant réduire les anti-inflammatoires et devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, il consulte le Dr W. _____, Chirurgien orthopédiste, qui met en évidence une déchirure méniscale au genou gauche. Une méniscectomie interne est effectuée, le 09.09.1999, mais l'évolution restera toujours pénible en raison de douleurs bilatérales des 2 genoux, de lombalgies, de douleurs du coude gauche, de l'épaule gauche, de la cheville droite. Fait important à relever, M. L. _____ n'a jamais présenté avant l'accident de douleurs des genoux, de l'épaule gauche, de la cheville droite ou du coude gauche. Exception faite, un traumatisme sans gravité du genou droit en janvier 1998, sans séquelles, et un épisode de lombalgies aiguës en juin 1998, résolues après une semaine environ. Il faisait régulièrement de l'aviron et n'a jamais consulté, hormis les épisodes cités ci-dessus, pour des lombalgies ou des gonalgies. Malheureusement, depuis l'accident, M. L. _____ signale des problèmes en relation avec le traumatisme subi le 19.01.1999 (voir articulations décrites ci-dessus), entraînant petit à petit une incapacité fonctionnelle, surtout des genoux, aboutissant à une incapacité de travail complète depuis le 15.11.1999. Celle-ci est secondaire à une pathologie fémoro-rotulienne sévère, avec une déchirure méniscale interne du genou à gauche, nécessitant une méniscectomie par arthroscopie le 09.09.1999. Les images IRM sont compatibles avec des contusions des plateaux tibiaux internes des 2 genoux, persistantes. En effet, la scintigraphie osseuse du 29.09.2002 montre toujours une hypercaptation des interlignes internes des 2 genoux tandis que les radiographies standards montrent un pincement progressif de l'interligne tibio-fémoral interne des 2 genoux (gonarthrose). Il est malheureusement connu que la méniscectomie, même partielle, peut entraîner une gonarthrose secondaire par usure accélérée du cartilage, visible sur les radiographies standards sous forme d'un pincement de l'interligne articulaire. La dernière IRM du genou droit a d'ailleurs révélé une déchirure méniscale interne de la corne postérieure. Celle-ci a pu être occasionnée par l'accident et n'a pas été découverte immédiatement (l'IRM n'est pas fiable à 100%) ou bien a été provoquée secondairement par la surcharge mécanique sur la jambe droite. L'examen des différents documents radiologiques est donc compatible avec des atteintes séquellaires de l'accident aux genoux. Les douleurs de l'épaule gauche, dont l'origine n'a pas pu être décelée avant l'année 2002, sont attribuées à une lésion de type SLAP, lésion de la capsule articulaire supérieure de l'épaule (superior ligament antéro-posterior). Cela est confirmé par le consilium du Dr JJ. _____ du 26.09.2002 qui propose une arthroscopie diagnostique de l'épaule avec, dans un même temps, le traitement de la lésion. Ce genre de lésion ne peut être que consécutif à l'accident, impliquant une manoeuvre de piston par choc sur le coude, soit sur le moignon de l'épaule. Par ailleurs, ce Médecin met également en évidence un syndrome de conflit antérieur douloureux de la cheville droite, consécutif au traumatisme subi le 19.01.1999 et confirmé par l'examen radiologique (Rx et IRM). Une prise en charge de type anti-inflammatoire par la physiothérapie s'impose et, en cas d'échec, une arthroscopie pour débridement du conflit seraient indiqués. Concernant les lombalgies, celles-ci peuvent être

attribuées à la discopathie L5-S1 et une arthrose inter-articulaire postérieure. Cette discopathie préexistait à l'accident et est probablement à l'origine de l'épisode de lombalgies aiguës, survenu en juin 1998. Toutefois, le traumatisme subi, avec chocs multiples lors de l'accident, a pu décompenser la discopathie, entraînant un syndrome d'instabilité lombaire. Ce problème d'instabilité peut provoquer des épisodes douloureux de brève durée, entrecoupé de longues périodes de rémission. Dans le cas actuel, on peut considérer que le traumatisme a décompensé le syndrome d'instabilité lombaire, comme en témoignent les radiographies de la colonne lombaire qui révèlent des ostéophytes de traction et, à l'IRM lombaire (25.09.2001 et 02.09.2002), des anomalies de signal des plateaux de part et d'autres de L5-S1, de type remaniement spongieux selon Modic. Le syndrome d'instabilité lombaire nécessite une prise en charge de type rééducation posturale et une musculation lombaire, abdominale, quelquefois l'utilisation d'un corset permettant d'immobiliser le segment vertébral lombaire. Dans tous les cas, la prise en charge est assez longue et, à ma connaissance, n'a pas eu lieu chez M. L. _____. Les éléments de lombalgies récidivants sont encore en relation avec l'accident et ont très bien pu persister au-delà d'une année, puisqu'il n'y a pas eu de traitement particulier. Concernant le coude gauche, celui-ci a subi un choc direct (plaies suturées et bursite post-traumatique), avec des douleurs et une limitation de la flexion. Les radiographies, effectuées le jour de l'accident, montrent la présence d'ostéophytes de l'apophyse coronoïde qui était préexistant à l'accident. L'IRM du coude (24.09.2001) ne révèle pas de lésion cartilagineuse mais des images compatibles avec une tendinopathie du tendon tricipital, probablement séquellaire au traumatisme subi. Les éléments décrits ci-dessus confirment de multiples atteintes organiques, persistantes, entraînant des douleurs somatiques. Il est donc incorrect de parler de troubles somatoformes douloureux. Cela est confirmé par le rapport (06.03.2002) du Médecin Psychiatre, le Dr Y. _____, compatible avec un état de stress post-traumatique, consécutif à l'accident du 19.01.1999. Ce Médecin met en outre en évidence une souffrance psychique importante, peu reconnue par le corps médical et l'assurance, entraînant une réaction de défense de la part de M. L. _____ pour restaurer sa crédibilité et sa dignité. Réponses aux questions : [...] 9. Est-ce qu'un traitement médical serait susceptible d'améliorer l'état actuel ? Oui, reconnaissance de l'état de stress post-traumatique et du caractère somatique des atteintes (cf. diagnostics). Un traitement chirurgical orthopédique sera utile pour l'épaule droite et peut-être pour la cheville droite. Une prise en charge du syndrome douloureux lombaire par une physiothérapie régulière. Pour les genoux un traitement de renforcement musculaire, anti-inflammatoire, chondroprotecteur per os, complété par des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique (3-5 injections par an). 10. Quelle est la capacité de travail actuelle à la suite de l'accident ? Elle est actuellement de 0% depuis le 16.11.1999, comme infirmier. Cette incapacité devrait être réévaluée une fois les traitements effectués pour l'épaule, le dos, les genoux et la cheville droite. Une capacité de travail partielle pourrait subsister mais actuellement, elle est peu importante, environ 30%. L'état de santé n'est pas encore stabilisé, le délai pourrait être de 6 mois à une année. Il est possible que l'accident provoque un dommage permanent, sous forme d'une diminution de longue durée de la capacité de travail de l'assuré, surtout en relation avec l'atteinte des genoux qu'il faudra réévaluer. De toute manière, cette atteinte à sa santé nécessitera une réévaluation de ses possibilités professionnelles, puisque son ancien travail d'infirmier n'est pas réalisable. Il est possible qu'ultérieurement, il reprenne une activité dans un travail à temps partiel (30 à 40%) ne nécessitant pas de soulever des charges ou de marcher trop longtemps, et qu'il puisse varier ses positions (assis/debout). » Au vu de ces deux nouvelles expertises et de leurs

conclusions, M. _____ Assurances a proposé de mettre en œuvre une nouvelle expertise auprès du Centre pluridisciplinaire de Genolier, mais l'assuré s'est opposé à cette proposition. C. Le 14 avril 2003, un médecin du SMR, se prononçant sur les expertises DD. _____ et CC. _____, écrit qu'il est frappé par une lecture qu'il qualifie de pointilliste du dossier et des radiographies, alors que l'examen clinique est, dans un cas comme dans l'autre, banal. L'épaule gauche, qui est le siège certain des lésions retenues par les experts, a néanmoins une fonction normale et il n'y a aucune amyotrophie. Le coude gauche, la hanche droite, les genoux et la cheville droite, par rapport auxquels les experts retiennent des diagnostics très raffinés ont tous une fonction dans les limites de la norme. Le rachis ne démontre que de discrètes limitations de la statique et du mouvement. Selon ce médecin, les conclusions ostéo-articulaires retenues par les Drs DD. _____ et CC. _____ n'ajoutent rien, dans une vision fonctionnelle des choses, à ce qui avait été admis jusqu'alors par les différents médecins qui se sont penchés sur le cas de l'assuré. Toujours selon le même médecin, les multiples propositions thérapeutiques chirurgicales sont à envisager de manière très prudente, vu l'arrière-plan psychiatrique que les deux experts (non psychiatres) estiment être déterminant. Le 15 avril 2003, le SMR écrit que ces deux rapports d'expertise n'apportent pas d'éléments nouveaux à ceux déjà connus et qui ont été pris en compte par le SMR. En particulier, les examens cliniques de l'un comme de l'autre expert ne révèlent pas de limitation fonctionnelle nouvelle par rapport à celles retenues par les spécialistes qui avaient examiné l'assuré auparavant. Sur le plan psychique, l'expertise suggérée dans le rapport du Dr DD. _____ a été pratiquée par le Dr F. _____. Le SMR relève aussi que les deux experts mentionnent l'avis du Dr Y. _____, qui diffère de celui du Dr F. _____ quant au diagnostic et à la capacité de travail. Le SMR conclut en disant que les conclusions du rapport du 1^{er} novembre 2002 quant à la capacité résiduelle de l'assuré restaient valables. Selon un courrier du 10 juin 2003, l'ancien employeur de l'assuré a informé l'Office AI que L. _____ toucherait, en 2003, 7'732 fr. 65 brut par mois, payable treize fois l'an, pour 42 heures 30 de travail par semaine. Le 12 juin 2003, dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-accidents, M. _____ Assurances a mis l'assuré en demeure de se soumettre à la nouvelle expertise proposée. L'assuré a néanmoins persisté à refuser de s'y soumettre. Par décision sur opposition du 13 octobre 2003, confirmant sa décision du 21 août 2001, l'assureur a mis un terme à ses prestations au 30 avril 2001, compte tenu du refus de l'assuré de se soumettre à une nouvelle appréciation médicale, qui aurait permis de départager de façon définitive les différents avis médicaux en présence. M. _____ Assurances a déclaré ainsi statuer en l'état du dossier, la preuve que sa responsabilité soit encore engagée après le 30 avril 2001 n'étant pas rapportée à satisfaction de droit. Pour rendre sa décision, elle s'est fondée sur les avis médicaux des somaticiens et des psychiatres figurant au dossier. L. _____ ayant recouru le 12 janvier 2004 contre la décision sur opposition du 13 octobre 2003, son recours a été rejeté par le Tribunal des assurances, décision confirmée par le Tribunal fédéral. Dans son rapport du 27 juin 2003, l'Office AI écrit que des mesures professionnelles ne sont pas envisageables, en raison de l'attitude de l'assuré. Dans son activité d'infirmier spécialisé, l'assuré possédait une capacité de travail résiduelle de 50%. Toutefois, dans une activité mieux adaptée, sa capacité de travail était évaluée à 80%. Néanmoins, compte tenu de sa situation personnelle difficile empêchant la mise en place de mesures professionnelles et du fait qu'il avait toujours travaillé dans le domaine des soins infirmiers, l'assuré n'était pas en mesure de valoriser une capacité de gain supérieure à 50%. L'Office AI conclut que c'est en tant qu'infirmier spécialisé à 50% que l'assuré pourrait valoriser sa capacité de gain

maximale. En conséquence, le droit à des prestations financières devait être étudié. Le 2 septembre 2003, une nouvelle IRM des deux talons a été effectuée par le Dr FF. _____ du Centre d'Imagerie de [...], qui conclut à des épines calcanéennes supérieures au niveau de l'insertion du tendon achilléen des deux côtés et à des calcifications métaplasiques sur la partie inférieure du Chopart, évoquant des calcifications métaplasiques vraisemblablement sur modification de l'appui. Il ressort de l'avis d'un juriste de l'Office AI du 18 novembre 2003 qu'il paraît indispensable de compléter l'instruction du dossier sous l'angle médical en étoffant l'analyse, et notamment en interrogeant à nouveau l'expert psychiatre pour qu'il développe ses conclusions. Dans un nouvel avis du 29 janvier 2004, le médecin du SMR considère qu'il ressort de l'expertise du Dr F. _____ que les critères d'un trouble somatoformes douloureux (critères Mosimann) ne sont pas tous remplis dans le cas de l'assuré. Par ailleurs, les symptômes psychiques notés par les différents experts rhumatologiques ou orthopédiques ont pu être mis en rapport, dans l'expertise psychiatrique, avec une dysthymie, due à la tension psychique causée par le conflit que l'assuré mène contre les assurances, et à des traits de caractère et culturels qui ne sont pas considérés comme invalidants. Suite à l'avis du SMR du 29 janvier 2004, un nouvel avis de juriste est émis le 25 mars 2004. Il y est souligné qu'à ce stade de la procédure, six expertises ont déjà été effectuées, mais une seule (celle du Dr F. _____) orientée selon les critères de l'AI. Au vu des conclusions contradictoires des autres expertises, il est suggéré d'effectuer une nouvelle expertise, pluridisciplinaire. Dans un avis du 23 juin 2004, le SMR, sous la signature de trois médecins, écrit qu'une nouvelle expertise ne paraît pas indiquée, les constatations objectives de tous les médecins étant identiques pour l'essentiel, le dossier étant abondamment instruit et l'assuré s'étant déjà opposé à toute nouvelle expertise dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-accident. D. Le 31 octobre 2005, l'Office AI rend sa décision, de laquelle il résulte que l'assuré a une capacité de travail limitée à 50% dans son activité d'infirmier spécialisé, mais que cette capacité travail est de 80% dans une activité adaptée qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles (douleurs chroniques dans la région lombaire, dans l'épaule gauche et le genou, nécessitant de limiter les efforts et le port de charges). Ces activités pourraient être chef d'unité de soins, enseignant en soins infirmiers ou infirmier spécialisé dans un domaine limitant les contraintes physiques (promotion de la santé, infirmier scolaire par exemple), activités qui pourraient être exercées moyennant d'éventuels compléments de formation. L'Office AI a considéré que dans un poste pareil, l'assuré pourrait réaliser un revenu annuel brut à 80% de 80'419 francs. Si l'assuré avait continué son activité d'infirmier spécialisé à plein temps, il aurait perçu un revenu annuel brut de 100'524 francs. Le préjudice économique est ainsi de 20%. En conséquence, la demande de rente a été rejetée mais la décision mentionne qu'un préjudice de 20% donne droit à des mesures d'ordre professionnel. Le 2 décembre 2005, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a fait opposition. Il a produit un rapport complémentaire du Dr CC. _____, daté du 8 mars 2005, qui conteste l'avis des médecins du SMR, car ils ne tiendraient pas suffisamment compte des différentes atteintes objectivables qui influeraient sur la capacité de travail de l'assuré. Subsidiairement, l'assuré explique que le revenu sans invalidité déterminé par l'Office AI est erroné et devrait être de l'ordre de 112'000 francs par année. Par ailleurs, selon une attestation de salaire du 3 mai 2006, l'assuré aurait touché, en 2000 et 2001, 7'349 fr. par mois. Il aurait ensuite touché 7'738 fr. 45 par mois en 2003 et 7'970 fr. 70 par mois en 2006. L'assuré a encore produit divers certificats médicaux attestant de son incapacité de travail. Suite à un avis du 31 juillet 2007, dans lequel le SMR maintient ses avis précédents, l'Office AI a rendu le 12 octobre

2007 sa décision sur opposition, confirmant sa décision du 31 octobre 2005. E. Par acte du 13 novembre 2007, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de septembre 2000 à janvier 2003 et au renvoi du dossier à l'Office AI pour complément d'instruction concernant le revenu d'invalidité de l'assuré dès le mois de février 2003, ainsi que pour nouvelle décision sur des mesures de reclassement et sur l'éventuel droit du recourant à des prestations (rente partielle et/ou indemnités journalières). En date du 12 décembre 2007, l'Office AI a renoncé à se déterminer. E n d r o i t : 1. 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 du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause, introduite le 13 novembre 2007 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Interjeté 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. S'agissant d'une contestation relative notamment à une demande de rente d'invalidité, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recourant affirme avoir droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2000 à fin janvier 2003, puis à des mesures de reclassement et/ou une rente. La LAI ayant subi deux révisions depuis l'année 2000, il convient dans un premier temps de déterminer quel est le droit applicable au cas d'espèce. 3. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329, consid. 2.2 et 2.3 ; 130 V 445 ; 127 V 466, consid. 1 ; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010, consid. 5). Le droit éventuel aux prestations litigieuses doit donc être examiné, pour la période allant de septembre 2000 jusqu'à fin 2003, au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2004, puis pour la période jusqu'au 12 octobre 2007, date de la décision litigieuse, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à sa 4^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Cela étant, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur

pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 [RO 1987 pp. 447 ss]), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (l'ancienne teneur de l'art. 4 al. 1 LAI avait un contenu similaire, qui prévoyait que "l'invalidité donnant droit à des prestations de l'assurance est la diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident"). L'incapacité de gain est désormais définie à l'art. 7 LPGA comme 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA). 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. 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 (RO 1991 pp. 2377 ss), soit jusqu'à la 4^e révision de l'AI, l'assuré avait droit à un quart de rente, s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3 % au moins. Selon cette même disposition, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 pp. 3837 ss) à fin 2007, l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il était invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il était invalide à 70 % au moins. Quant aux mesures de reclassement, l'assuré y a droit, en vertu de l'art. 17 al. 1 LAI (teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004), si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Une perte de gain durable ou prolongée de 20% environ, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante selon la jurisprudence pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108; TF 9C_533/2010 du 21 février 2011). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) se base sur des documents médicaux, éventuellement des documents émanant d'autres spécialistes, qui lui sont nécessaires pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3). Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une

appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane du SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

5. a) Le recourant a subi, en janvier 1999, un accident de la circulation qui, de prime abord, s'est avéré peu grave. Il ressort en effet du rapport de l'Hôpital D. _____, où le recourant a été amené par la police même (et non par une ambulance), que celui-ci n'a souffert que de plusieurs hématomes et d'une unique plaie ayant nécessité deux points de suture, au coude gauche. Les soins nécessaires ont pu lui être prodigués en ambulatoire, sans qu'il ait été nécessaire de l'hospitaliser. Par la suite, le recourant a toutefois continué à se plaindre de diverses douleurs, au niveau des genoux, du dos, de la cheville droite, ainsi que de la hanche, du coude et de l'épaule gauches. Il a consulté plusieurs spécialistes et a bénéficié de nombreux examens par imagerie médicale, ainsi que de séances de physiothérapie et de massages. En septembre 1999, il a été procédé à une arthroscopie et à une ménisectomie interne du genou gauche. Dans le courant de l'année 2000, le recourant a fait une cure dans une clinique de réhabilitation. Le recourant n'a toutefois pas repris le travail depuis le 3 septembre 1999, mis à part une brève tentative le 15 novembre 1999, qui s'est soldée par un échec. Le recourant a fait l'objet de plusieurs rapports et expertises médicales, menées principalement dans le contexte d'un litige avec son assureur-accident, M. _____ Assurances, mais également dans le cadre de l'instruction du dossier par l'Office AI.

aa) Le 17 novembre 2000, le médecin traitant de l'assuré, le Dr W. _____, décrit les douleurs ressenties par son patient et estime que sa capacité de travail est de 40% dans son activité d'infirmier spécialisé, mais qu'un emploi mieux adapté permettrait une amélioration de sa capacité de travail, pour autant qu'il évite de manipuler des patients alités. Selon ce médecin, une réadaptation professionnelle était envisageable de suite.

bb) Dans un rapport du 14 février 2000, le Dr R. _____, orthopédiste et médecin-conseil de M. _____ Assurances, estime que l'incapacité de travail du recourant résulte principalement des plaintes concernant son genou gauche. Il admet l'existence de lombalgies d'origine dégénérative mais indique qu'il n'a pas d'explication rationnelle pour les douleurs à la cheville droite et au coude gauche.

cc) En date du 8 mai 2001, le Dr T. _____, orthopédiste mandaté par l'assureur-accident, exprime l'idée que le recourant souffre notamment d'un trouble somatoforme douloureux,

faute de corrélation probante entre les symptômes douloureux ressentis par le recourant et les constatations objectives. Le Dr T. _____ relève également d'autres affections étrangères à l'accident de 1999 (gonalgie, tendinite du sous-épineux et lombalgies) mais ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. dd) Dans un rapport du 13 septembre 2001 établi à l'intention de l'assureur-accident, le Dr BB. _____, rhumatologue, évoque également l'existence de troubles somatoformes douloureux. Selon ce spécialiste, les multiples plaintes du recourant expriment beaucoup plus une souffrance psychologique qu'une pathologie organique. Il évalue sa capacité de travail comme infirmier en soins intensifs à 50%, mais estime qu'elle est de 80% dans une activité adaptée, où le recourant ne soit pas soumis à des efforts physiques conséquents pouvant aggraver ses lombalgies. Le pronostic est quant à lui mauvais, car il dépend avant tout du syndrome somatoforme douloureux. ee) Dans son rapport médical du 8 janvier 2002 établi la demande de l'Office AI, le Dr N. _____, rhumatologue ayant suivi le recourant dès septembre 2001, justifie une éventuelle incapacité de travail du recourant par un trouble psychiatrique, soit un probable syndrome de stress post-traumatique, dont il aurait tous les signes et qui justifierait un bilan psychiatrique. Selon lui en effet, les lésions structurelles modérées du recourant ne peuvent expliquer qu'une partie de ses plaintes, mais non l'intensité ni la pérennisation de celles-ci. ff) Dans son rapport du 6 mars 2002 à l'intention de l'Office AI, le Dr Y. _____, psychiatre, pose les diagnostics de syndrome dépressivo-anxieux, de surcharge psychogène probable des douleurs d'origine somatique et de conflit avec l'assurance et les médecins. Il reconnaît au recourant une totale incapacité de travail dans son ancien métier et retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. gg) A la requête de l'Office AI, le Dr F. _____, psychiatre, a établi un rapport d'expertise le 9 octobre 2002. Il pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, mais retient que le recourant ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique justifiant une incapacité de travail. hh) A la demande du recourant, le Dr DD. _____, orthopédiste, a établi le 11 novembre 2002 un rapport d'expertise, dans lequel il pose plusieurs diagnostics concernant des atteintes au niveau des lombaires, de l'épaule gauche, du coude gauche, du bassin, des genoux et de la cheville droite. Il conclut à une totale incapacité de travail comme infirmier. Par ailleurs, le Dr DD. _____, qui paraît ignorer l'existence de l'expertise psychiatrique du Dr F. _____, souligne l'importance de l'aspect psychologique des douleurs ressenties par son patient, qui lui semble largement méconnu. ii) Enfin, le recourant a également produit un rapport d'expertise établi le 9 janvier 2003 à sa demande par le Dr CC. _____, rhumatologue. Ce dernier pose plusieurs diagnostics en relation avec les genoux, l'épaule gauche, les lombaires, le coude gauche et la cheville droite du recourant et retient une totale incapacité de travail, justifiée principalement par l'état des genoux du recourant. Le Dr CC. _____, qui paraît également ignorer l'existence de l'expertise du Dr F. _____, insiste également sur la souffrance psychique du recourant, qui serait peu reconnue par le corps médical et l'assurance. b) Sur le plan ostéoarticulaire, il ressort des rapports susmentionnés que les différents spécialistes consultés font état d'atteintes semblables au niveau des lombaires, des genoux et de l'épaule gauche du recourant. Les atteintes au coude gauche et à la cheville droite ne sont par contre relevées de manière significative que par les Drs DD. _____ et CC. _____, soit par les experts mandatés par le recourant lui-même. Or il convient de relever que les constatations objectives faites par ces deux experts ne diffèrent guère des constatations faites par les examinateurs précédents. Le Dr DD. _____ lui-même affirme qu'il n'existe aucune lésion

ostéoarticulaire majeure au niveau du coude gauche et que les ostéophytes de la cheville droite n'ont probablement pas une valeur pathogénique. Par ailleurs, il n'y a pas de détérioration objective du status clinique entre la première expertise faite par le Dr T. _____ et la plus récente, faite par le Dr CC. _____. Ce n'est que l'interprétation des conséquences des atteintes décrites qui diffère entre les experts mandatés par le recourant et les autres spécialistes l'ayant examiné. Or il faut souligner qu'aussi bien le rapport d'expertise du Dr DD. _____ que celui du Dr CC. _____ ont été établis alors que ces spécialistes n'avaient pas connaissance de l'intégralité du dossier médical de leur patient, et notamment du rapport d'expertise psychiatrique du Dr F. _____. Le Dr DD. _____ émet ainsi plusieurs considérations sur l'état psychologique de son patient, et diagnostique un état de stress post-traumatique, alors qu'il n'est lui-même pas psychiatre mais orthopédiste et que, selon la littérature médicale (Rosatti, Etat de stress post-traumatique, in : L'expertise médicale, Genève 2002, pp. 113 ss, spéc. p. 125), un tel état suppose un événement traumatisant de nature extrême, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, l'accident dont a été victime le recourant se situant à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne. Par ailleurs, le Dr CC. _____ n'avait pas non plus connaissance du rapport établi par le Dr DD. _____, qui lui était pourtant antérieur. Les rapports d'expertise des Drs DD. _____ et CC. _____, du fait qu'ils ont été établis sans que l'entier du dossier médical de l'expertisé soit pris en considération, ne remplissent donc pas l'intégralité des conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. Compte tenu des atteintes articulaires constatées par tous les spécialistes consultés, certaines limitations fonctionnelles ont été retenues par le SMR et l'Office AI, qui a fixé la capacité de travail du recourant à 80%, dans une activité adaptée à ces dernières. L'Office AI a ainsi suivi l'avis exprimé par le Dr BB. _____, dont le rapport d'expertise remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. Par ailleurs, il convient de préciser que le médecin traitant du recourant, le Dr W. _____, estimait lui-même, au mois de novembre 2000 déjà, que son patient était capable de travailler à plus de 40% dans une activité adaptée. Ce médecin avait même, initialement, fixé à fin septembre 1999 la reprise du travail du recourant, suite à son opération du 9 septembre 1999. c) Sur le plan psychiatrique, le recourant a tout d'abord fait l'objet d'un rapport du Dr Y. _____, qui a posé les diagnostics de syndrome dépressivo-anxieux, de surcharge psychogène probable des douleurs d'origine somatique et de conflit avec l'assurance et les médecins. Ce psychiatre reconnaît au recourant une totale incapacité de travail dans son ancien métier d'infirmier spécialisé et retient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Son rapport n'est cependant pas assez complet et détaillé pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence. Le recourant a ensuite fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr F. _____, qui a émis les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce spécialiste estime toutefois que le recourant ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique justifiant une incapacité de travail. Le rapport de cet expert, qui se base sur un examen de l'assuré, ainsi que sur un entretien avec l'épouse de celui-ci et le médecin traitant, est très détaillé. Il contient une anamnèse complète, prend en considération le dossier médical et les plaintes de l'assuré, dont il apprécie la situation médicale de façon claire et motivée. Il remplit par conséquent tous les réquisits légaux pour se voir reconnaître valeur probante. d) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'Office AI a considéré que le dossier du recourant était suffisamment instruit et a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du

recourant (douleurs au niveau des lombaires, de l'épaule gauche et du genou gauche). Or il existe, dans le domaine du recourant, des activités, telles la formation ou la gestion médicale, qui respectent ses limitations fonctionnelles, étant précisé que, par son activité, le recourant bénéficie des connaissances nécessaires, comme le relève le Dr F. _____. De ce fait, il se justifie de constater, comme l'a fait l'Office AI, que le degré d'invalidité du recourant se confond avec sa capacité de travail. Par conséquent, le degré d'invalidité du recourant est bien de 20%, ce qui ne lui ouvre pas de droit à une rente d'invalidité. e) Le recourant fait valoir un droit à une mesure de reclassement. Dans sa décision sur opposition du 12 octobre 2007, l'Office intimé ne statue pas expressément sur le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel. Il relève toutefois que le degré d'invalidité du recourant lui permet d'y prétendre et offre au recourant la possibilité s'adresser au Service de réadaptation à ce sujet. Il appartient par conséquent au recourant de déposer une demande en ce sens auprès dudit Service. 6. En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Vu les circonstances, notamment le fait qu'il n'a pas été demandé d'avance de frais, on renoncera à percevoir des frais de justice (art. 50 LPA-VD). En outre, le recourant n'a pas droit à l'allocation de dépens, son recours étant rejeté. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 13 novembre 2007 par L. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 12 octobre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me François Magnin, avocat (pour L. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurance-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.