

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 934 vom 10. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_934](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__934)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 934 du 10 juin 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 934 del 10 giugno 2011

### Regeste

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE | 28 LAI, 17 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.06.2011 Arrêt / 2011 / 934

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE | 28 LAI, 17 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 234/10 - 410/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES  
Arrêt du 10 juin 2011

Présidence de Mme Thalmann Juges : MM. Métral et Monod Greffier : Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé Art. 17 LPGA; art. 28 LAI En fait : A. T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1956, marié et père de deux enfants nés en 1988 et 1991, mouleur chez [...] à Payerne a déposé une demande de rente AI le 23 avril 1992. Selon un courriel du 22 avril 2004 de l'employeur, le salaire mensuel de l'assuré aurait été en 2002 de 4'390 fr. + 2% auxquels s'ajoutent un treizième salaire et une prime annuelle de 1'560 fr. Dans un rapport du 17 septembre 1992, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, indique que le patient a subi un traumatisme crânien lors d'un accident de circulation en 1986 – plaie du cuir chevelu, commotion cérébrale, contusions multiples – et qu'il attribue ses maux de tête et de la colonne cervicale à cet accident. Le Dr G. \_\_\_\_\_ indique qu'il n'y a aucune incapacité de travail. Il diagnostique des céphalées chroniques tensionnelles, des cervicalgies, des coxalgies, un status après méniscectomie du genou gauche et un status après investigations radiologiques diagnostiques, comme Ct-Scan, IRM et examen neurologique avec EEG. Il mentionne en outre : "Voir l'évolution sur le plan psychique.....revoir le problème psychologique.....et dans le sens que l'on ne peut améliorer des capacités intellectuelles, déjà diminuées depuis l'enfance.....les examens ne pouvant affirmer une cause traumatique au status intellectuel actuel (manque de concentration, mémoire etc....)". Par décision du 25 mai 1994, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations. B. Le 4 octobre 2001, l'assuré a déposé une deuxième demande de rente. Dans un rapport du 21 août 2001, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, maladies rhumatismales, indique ce qui suit : " DIAGNOSTICS • Lombo-cruralgies subaiguës G sur hernie extraforaminale L3-L4 G • Rachialgies chroniques communes sur

troubles dégénératifs pluri-étagés (.....) CT et IRM lombaire du 12.4.01 et du 18.6.01 : Présence d'une hernie extra-foraminale L3-L4 G ainsi que de plusieurs protrusions discales dont une paramédiane D L4-L5. RX bassin face du 3.4.01: Pas de pincement coxo-fémoral significatif. Discrète sclérose du bord acétabulaire compatible avec une arthrose débutante. Pas d'atteinte des sacro-iliaques. APPRECIATION : Votre patient, connu pour des lombalgies chroniques communes tolérables a présenté depuis avril une lombo-cruralgie G, extrêmement sévère ayant résisté au traitement d'anti-inflammatoire, de physiothérapie et à un arrêt de travail complet. L'imagerie (IRM et CT) a confirmé la présence d'une hernie extra-foraminale L3-L4 G compatible avec la symptomatologie décrite. Au status on retrouve un syndrome radiculaire L4 légèrement déficitaire sur le plan réflexe et sensitif avec cependant des signes d'extension douloureuse non radiculaire et de non organicité rendant difficile l'interprétation de la force musculaire au niveau du quadriceps et du releveur du gros orteil. Sur le plan de la prise en charge, je suis d'accord avec le Dr I. \_\_\_\_\_ pour relever l'absence d'indication chirurgicale immédiate au vu de la clinique et de la localisation de la hernie. Le traitement conservateur le plus indiqué me paraît une infiltration péri-radriculaire en regard de la hernie extra-foraminale. J'ai donc organisé une telle infiltration cortisonnée par le Dr O. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital de [...] cette semaine. Avec votre accord, j'évaluerai l'efficacité de ce geste, la nécessité de nouvelles infiltrations voire la reprise de la physiothérapie, d'ici une quinzaine de jours." Dans une lettre du 19 septembre 2001 adressée au Dr G. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ écrit que le traitement n'entraînant aucune amélioration durable, une physiothérapie plus active sous forme de proprioception-tonification-mobilisation allait être tentée. Dans un rapport du 19 octobre 2001, le Dr Avelini qui a effectué un CT dorsal de D6 à D10 indique notamment ce qui suit : "CONCLUSION Altérations de spondylarthrose en D6, D7, D8 antérieure droite avec sclérose des plateaux et légère déformation cunéiforme de D7 (ancienne fracture ?). Anciennes lésions de Scheuermann." Le 18 décembre 2001, le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne une "aggravation du status osteo-myo-articulaire, dans le sens d'un syndrome lombo-vertébral de type irritatif, non déficitaire, avec hernie discale L3-L4 dr, prolapsus discal L4-L5, L5-S1, avec des lésions dégénératives type spondylarthrose de la colonne dorso-lombaire, dès D6-D12, sur ancien Scheuermann et suspicion d'une ancienne fracture de D7. Ce status est confirmé par des examens, par CT-Scan et IRM". Il résulte d'un rapport du 13 février 2002 du Dr D. \_\_\_\_\_, généraliste, notamment ce qui suit : " A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: • Lombalgies et dorsalgies chroniques irradiant dans le membre inférieur gauche, avec syndrome radiculaire L4, déficitaire sur le plan réflexe et sensitif, sur hernie L3-L4 gauche et troubles dégénératifs pluriétagés, depuis avril 2001. • Coxalgies bilatérales sur coxarthrose diagnostiquée en 1993. • Gonalgies bilatérales sur chondropathie de la rotule, connue depuis 1993, avec ménissectomie partielle du ménisque interne, nettoyage rotulien en 1993. • Douleurs de la main droite, associées à des doigts à ressorts depuis de nombreuses années. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: • Status après TCC grave et opération pour fracture de la clavicule il y a une quinzaine d'années. • Hypercholestérolémie traitée. • Epigastralgies nécessitant par intermittence de l'Antra. B. Incapacité de travail à 100% depuis le 2.4.2001. Il a travaillé comme soudeur chez [...] depuis 27 ans. (...) 7. Patient actuellement sous antalgiques et anti-inflammatoires. A cessé il y a quelques semaines la physiothérapie, celle-ci étant sans efficacité sur ses douleurs. A eu une infiltration péri-durale cortisonnée pour son hernie L3-L4 gauche en septembre 2001, sans succès. Pronostic: au vu de la chronicité des douleurs, des atteintes arthrosiques du rachis, pluri-étagées, confirmées par les examens

radiologiques, de l'arrêt de travail datant de début avril 2001 et de l'échec du traitement médicamenteux et physiothérapique, le pronostic médical et professionnel n'est pas favorable. Une rente AI à 100% semble justifiée." Le Dr D.\_\_\_\_\_ est d'avis que l'on ne peut exiger que l'assuré exerce son activité de soudeur ni une autre activité en raison de ses douleurs multiples. Il relève en outre que les atteintes polyarthrosiques empêchent le patient de travailler comme soudeur dès lors qu'il ne peut effectuer des travaux lourds, ne peut rester assis plus d'une demi-heure et que la station debout prolongée est également douloureuse. Il ne peut effectuer des mouvements de torsion de son tronc, ni de flexion. Le 3 décembre 2002, le Dr J.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants : - "A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: - Rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs pluri-étagés - Status après lombo-cruralgies subaiguës G sur hernie extra-foraminale L3-L4 - Céphalées tensionnelles - Etat anxio-dépressif réactionnel" Il relève ce qui suit : "Appréciation : Ce patient présente donc des rachialgies chroniques communes, évoluant vers un syndrome somatoforme douloureux, ayant débuté par une lombo-cruralgie sur une hernie discale foraminale L3-L4 G. La symptomatologie est décrite comme invalidante alors que l'examen clinique est étonnamment pauvre, avec présence cependant de nombreux signes de non-organicité selon Waddell. J'avais d'ailleurs été frappé dès le début de la prise en charge par une discordance entre l'importance des plaintes et la rareté voire l'inadéquation des signes cliniques et radiologiques. Ces constatations avaient été confirmées par nos physiothérapeutes lors des tentatives de traitements actifs instaurés en 2001. J'ai d'ailleurs à plusieurs reprises fait état de ma perplexité au patient ainsi qu'à sa femme qui l'accompagne systématiquement lors des consultations. Le patient a chaque fois refusé d'envisager une possible composante psychologique, se référant constamment à l'importance des douleurs pour justifier la non-reprise d'activités physiques et surtout professionnelle. Je me sens dès lors juge et partie et ne peux me considérer comme un expert neutre dans l'évaluation des limitations fonctionnelles et socio-professionnelles induites par ces rachialgies chroniques. Je préfère dès lors renoncer à répondre au questionnaire annexé que vous m'avez adressé et vous propose de faire évaluer ce patient par un autre médecin, dans le cadre d'une expertise AI, qui devrait à mon sens inclure un avis psychiatrique." Dans un rapport du 8 décembre 2003, les Dresses Y.\_\_\_\_\_, médecine physique, M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, et E.\_\_\_\_\_, psychiatre, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) indiquent notamment ce qui suit : " DIAGNOSTIC · syndrome pan-vertébral avec irradiation pseudo-radiculaire dans le cadre d'un trouble de la statique léger due à un probable status post-fracture D7 et éventuellement D8, ancienne maladie de Scheuermann dorsale peu étendue, hernie discale L3-L4 foraminale gauche et extra-foraminale L3-L4 ainsi que des discopathies discrètes étagées. · gonalgies plus marquées à gauche dans le cadre d'un status post-ménisectomie probablement bilatérale. · status post-opération d'un canal carpien droit en 2003. · status post-fracture du pouce ddc. · céphalées probablement post-commotionnelles. · amplification des symptômes. APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS Cet assuré de 47 ans, d'origine italienne, marié et père de 2 enfants souffre de douleurs multiples mais surtout dorsolombaires, depuis son accident de voiture en 1986. Il a néanmoins pu reprendre son travail comme mouleur jusqu'en avril 2001 où lors d'un mouvement, probablement de torsion-flexion du rachis en charge, il est resté bloqué avec des intenses douleurs. Par la suite ni la physiothérapie ni la chiropraxie ni le rebouter, une approche active ou une infiltration locale a pu apporter un soulagement et pour l'assuré les douleurs étendues sur quasiment tout le corps l'empêchent absolument de

reprandre son travail. A l'examen clinique on est en présence d'un homme bien musclé, qui boîte légèrement en déchargeant le MIG. Le dos est plat et globalement limité pour tous les mouvements d'environ un tiers. La musculature est bien développée aussi au niveau para-vertébral, quelque peu hypertendue au niveau cervical mais souple au niveau dorsolombaire. Les grandes articulations périphériques sont bien mobiles à l'exception d'une légère limitation au niveau de la hanche gauche, mais douloureuses lors de la mobilisation. Au niveau du membre inférieur elles se répercutent quasiment toujours sur le dos. L'examen neurologique montre un réflexe rotulien gauche très faible, une sensibilité superficielle diffusément perturbée et une force diminuée au MIG lors des tests actifs, mais pas de résistance. Les douleurs à la palpation comprennent toute la colonne, les fesses, les adducteurs ddc, au niveau des membres elles correspondent aux tender points de la fibromyalgie. Le dossier radiologique met en évidence un léger trouble de la statique (lordose lombaire effacée, scoliose à convexité gauche lombaire sans torsion) et d'une hernie discale L3-L4 foraminale gauche et L4-L5 para-médiane récessale droite. On y trouve aussi des traces d'une ancienne maladie de Scheuermann dorsale ainsi qu'une déformation D7 et D8 probablement à une ancienne fracture. Si on se base sur l'anamnèse et l'évolution on pourrait penser que lors de l'accident de voiture en 1986, l'assuré a subi en dehors d'un TCC, des contusions et une plaie du cuir chevelu également une fracture non déplacée du corps vertébral D7 et éventuellement du plateau supérieur de D8. La reprise de son travail lourd de mouleur aurait par la suite déstabilisé le système et il semble plausible que lors d'un mouvement de rotation-flexion en charge, une petite rupture de l'anneau s'est produite avec apparition d'une hernie discale L3-L4 et L4-L5. L'évolution a été marquée par l'échec de toutes les mesures thérapeutiques et on a assisté à une nette majoration des symptômes avec actuellement un tableau clinique proche de la fibromyalgie. Il est extrêmement difficile d'objectiver un éventuel déficit neurologique: les perturbations de la sensibilité superficielle ne correspondent à aucun dermatome, les tests de la force musculaire ne sont pas consistants, le Lasègue est positif en position couchée dorsale mais négatif en position assise. Par contre le ROT patellaire gauche est absent. Les signes comportementaux selon Waddel sont présents. En conclusion il y a très certainement une épine somatique au niveau rachidien (probable fracture D7 et éventuellement D8, petite hernie discale L3-L5 gauche et L4-L5 droite avec possible contact avec la racine L5 ainsi que des troubles discrets dégénératifs sous forme de spondylarthrose) et au niveau du genou gauche (status post-ménisectomie en 92) et un status post-fracture de la clavicule gauche opérée en 1975. Mais ces données objectives n'expliquent que partiellement les plaintes douloureuses qui sont plus intenses et plus étendues. Suivant les critères d'après Matheson on peut donc parler d'une amplification des symptômes. S'il nous semble impossible que Monsieur T. \_\_\_\_\_ reprenne son activité professionnelle de mouleur après l'événement d'avril 2001, on peut cependant exiger qu'il travaille à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assuré est un homme fruste, narcissique, sans moyen d'introspection et incapable de se remettre en question. Il se positionne dans un rôle de victime projective et revendicatrice, il s'estime handicapé et incapable de travailler. L'assuré a reçu un refus d'une demande de rente en 1992, car il n'y avait aucune incapacité de travail et l'activité professionnelle était bien adaptée. Une nouvelle demande a été faite en octobre 2001 pour des lombosciatalgies avec syndrome radiculaire L4 déficitaire sur hernie discale L3-L4 gauche et troubles dégénératifs pluri-étagés. Dans le rapport médical du 13.02.2002, son médecin traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic, ayant des répercussions sur la capacité de travail, de lombalgies et dorsalgies chroniques irradiant

dans le membre inférieur gauche avec syndrome radiculaire L4 déficitaire sur le plan réflexe et sensitif sur hernie L3-L4 gauche et troubles dégénératifs pluri-étagés depuis avril 2001, coxalgies bilatérales et coxarthrose diagnostiquées en 1993, gonalgies bilatérales sur chondropathie de la rotule, connues depuis 1993, avec méniscectomie partielle du ménisque interne, nettoyage rotulien en 1993, douleurs de la main droite, associées à des doigts à ressort depuis de nombreuses années. Il évalue une incapacité de travail à 100% depuis le 02.04.2001. Selon le médecin, «il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent. Aucune mesure médicale ne peut améliorer l'aptitude du patient au travail». Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, malgré l'allégation de lourds handicaps exposés par l'assuré, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Les traits de personnalité pathologique, narcissique, sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Notre examen a montré une discordance nette entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives cliniques qui sont modestes. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. En conclusion, l'examen clinique psychiatrique est dans les limites de la norme et nous ne retenons aucun diagnostic psychiatrique. Du point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente pas de comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique. En l'absence de pathologie psychiatrique, nous avons évalué une capacité de travail exigible de 100% dans une activité professionnelle adaptée, en fonction des limitations fonctionnelles somatiques. Son manque de motivation, qui entraverait une réadaptation professionnelle, n'est pas du domaine médical. A notre avis, l'assuré devrait bénéficier d'une évaluation en REA. Les limitations fonctionnelles psychiatriques: pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Les limitations fonctionnelles somatiques: elles sont liées au problème lombaire et du genou gauche: éviter le travail en position de torsion-flexion du rachis, le port de charge occasionnel dépassant les 20 kilos, les mouvements répétitifs et les positions statiques prolongées au-delà d'une heure. Il faut également éviter une activité qui demande de monter/descendre souvent les escaliers, des échafaudages ou des pentes. Concernant la capacité de travail exigible sur le plan somatique: 0 % dans l'activité de mouleur, 100% dans une activité adaptée avec éventuellement une diminution du rendement de l'ordre de 5-10% due à la nécessité de changer les positions. Capacité de travail exigible: 100% dans une activité adaptée." Par décision du 11 mai 2004, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il retient notamment ce qui suit : "Résultat de nos constatations Exerçant une activité de mouleur, vous êtes en incapacité de travail continue depuis le 2 avril 2001 en raison de gonalgies bilatérales. Suite à l'instruction de votre dossier, et notamment de l'examen médical bidisciplinaire effectué par le service médical régional, il ressort que votre état de santé ne vous permet plus d'exercer votre activité de mouleur. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est totale. Une activité adaptée est une activité évitant le travail en position de torsion-flexion du rachis, le port de charge occasionnel supérieur à 20 kg, les mouvements répétitifs et les positions statiques prolongées au-delà d'une heure. Il faut également éviter une activité qui demande de monter/descendre souvent les escaliers, des échafaudages ou des pentes. D'autre part, nous devons admettre une diminution de rendement de 5-10 % due à la nécessité de changer les positions. Une activité adaptée pourrait être une activité d'employé de fabrique ou d'usine, d'ouvrier dans une activité industrielle légère par exemple. Vous contestez

l'appréciation médicale et vous estimez que vous ne pouvez plus exercer une quelconque activité lucrative. Dès lors, nous ne pouvons mettre en place aucune mesure de réadaptation professionnelle ni d'aide au placement. Nous effectuerons donc une évaluation théorique de votre préjudice économique. En tant que mouleur, et sans atteinte à la santé, vous perceviez aujourd'hui un revenu de Fr. 60'829.- Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles et tenant compte d'une baisse de rendement de 10%, vous pourriez recevoir aujourd'hui un revenu annuel de Fr. 44'434.- Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 60'829.00 avec invalidité CHF 44'434.00 La perte de gain s'élève à CHF 16'395.00 = un degré d'invalidité de 27.00 % Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité." Dans une lettre du 3 mai 2004 adressée au conseil de l'assuré, le Dr D. \_\_\_\_\_ écrit notamment ne pas rejoindre les médecins du SMR dans leurs conclusions. Il est d'avis que leur appréciation sous-estime la souffrance et la détresse psychologique du patient, ses plaintes multiples, qui ne sont explicables que partiellement par les lésions somatiques objectivement relativement modestes, sont certainement en relation avec une souffrance difficilement évaluable et sur laquelle aucun diagnostic psychiatrique n'est posé. Il estime que théoriquement une activité adaptée pourrait être exercée à 50 %. Malgré un nouveau problème cervical et les douleurs des mains du patient, il pense, comme les médecins du SMR, que l'assuré pourrait bénéficier d'une évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée dans les ateliers de l'AI. Il résulte d'un rapport du 8 juin 2004 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, notamment ce qui suit : "Discussion La présente réévaluation électroclinique permet raisonnablement d'éliminer une éventuelle récurrence de syndrome du tunnel carpien à droite alors que le patient continue à se plaindre 14 mois après une neurolyse chirurgicale du nerf médian, assortie toutefois d'une intervention également pour des doigts à ressort, de douleurs et de difficultés à la flexion des doigts que l'on peut effectivement objectiver au status. Dès lors, il me paraît vraisemblable que notre patient souffre d'un problème au niveau des tendons fléchisseurs, de nature possiblement cicatricielle et/ou inflammatoire; par conséquent, je te propose de le réadresser à son opérateur pour revoir la situation sur le plan de l'appareil locomoteur." Le Dr D. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 20 décembre 2004, mentionne ce qui suit : "A. Diagnostics affectant la capacité de travail: - Lombalgies et dorsalgies chroniques irradiant dans le membre inférieur gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec status post fracture D7, éventuellement D8, en 86, ancienne maladie de Scheuermann, hernie discale L3-L4 et discopathie étagée mises en évidence en 2001. - Coxalgies bilatérales sur coxarthrose diagnostiquée en 1993 et gonalgies bilatérales sur chondropathie de la rotule, connue depuis 1993 avec ménissectomie partielle du ménisque interne et nettoyage rotulien en 1993. - Douleurs des 2 pouces avec fracture en 1999 et douleurs de la main droite persistantes avec status après opération d'un tunnel carpien à droite en avril 2003 et status après échec d'une opération des 2 sténoses tendineuses de 2 doigts de la main droite en avril 2003. Diagnostics n'affectant pas la capacité de travail: - Status après opération pour fracture de la clavicule gauche en 1975. - Céphalées persistantes, soit post-commotionnelles sur TCC en 1986, soit tensionnelles. - Hypercholestérolémie traitée depuis plus de 3 ans. - Etat dépressif réactionnel depuis en tout cas 3 ans. (...) E. Certificats d'incapacité de travail délivrés jusqu'à ce jour: Patient que je suis depuis le mois de février 2002. J'ai prolongé les incapacités de travail faites par son ancien médecin-traitant, qui lui a donné un arrêt de travail à 100% en avril 2001. Annexe au rapport médical 1.2. L'activité exercée jusqu'à maintenant en tant que mouleur n'est plus exigible. 2.1. Il est difficile d'exiger que l'assuré exerce une autre activité, en raison des

limitations déjà mentionnées (il doit éviter le travail en position de torsion-flexion du rachis, le port de charges occasionnelles dépassant les 20 kg, ainsi que des mouvements répétitifs et positions statiques prolongés au-delà d'une heure, il doit éviter de monter et descendre souvent les escaliers, des échafaudages ou des pentes, diminution de la flexion des doigts de la main droite). Eventuellement, un travail de type conciergerie pourrait lui être demandé, avec un rendement de 40%

Réponses aux questions complémentaires au rapport médical: 1. Evolution de l'état de santé du patient depuis le courrier du 3.5.2004: Statu quo du point de vue physique; du point de vue moral, diminution de l'humeur du patient, qui exprime des idées de suicide." Dans une lettre du 27 juillet 2004, le Dr K. \_\_\_\_\_, consultant en chirurgie de la main, écrit notamment ce qui suit : "La situation (...) est bien connue. Il y a effectivement un phénomène de crochage persistant au niveau des fléchisseurs de cette main droite, très certainement pour ce qui est du majeur, et probablement également, mais à un moindre degré, à l'annulaire voisin. Une révision chirurgicale me semble, au niveau de ces deux doigts, incontournable. J'ai bien expliqué au patient que les chances de le soulager de son problème local étaient excellentes. Cela étant, il est clair que la décision définitive revient au patient, et pour des raisons qui me sont tout de même obscures, liées à une demande de rente AI en suspens, le patient préfère s'abstenir pour le moment." Dans un avis médical du 15 mars 2005, les Drs M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du SMR relèvent que toutes les pathologies évoquées par le Dr D. \_\_\_\_\_ sont prises en compte dans les conclusions de l'examen effectué par la Dresse Y. \_\_\_\_\_ et que les limitations fonctionnelles qu'elles engendrent sont les mêmes. Ils indiquent que le seul élément nouveau concerne des doigts à ressaut au niveau du majeur et probablement de l'annulaire droits . Ils estiment que tant que l'assuré présente une symptomatologie de doigts à ressaut, il faut effectivement réduire les activités de serrage ou répétitives avec la main droite, mais que cela ne peut qu'augmenter temporairement la liste des limitations fonctionnelles, la capacité de travail n'étant pas modifiée et restant complète dans une activité adaptée. Ils sont en outre d'avis, concernant le traitement chirurgical de ces doigts à ressaut, qu'il est exigible chez cet assuré qui doit tout faire pour réduire le dommage, car il s'agit d'une opération simple, adéquate, présentant peu de risques et avec d'excellents résultats. Par décision sur opposition du 20 mai 2005, l'OAI a confirmé son premier prononcé. Cette décision mentionne notamment ce qui suit : "Dans le cadre de l'examen médical pluridisciplinaire effectué au SMR, vous avez été examiné par un psychiatre, un chirurgien et un spécialiste en médecine physique. Cet examen a fait l'objet d'un rapport fort détaillé; nos médecins se basant sur des examens complets, tant du point de vue psychiatrique que somatique, ont tenu compte des plaintes exprimées ainsi que de l'ensemble des autres avis médicaux au dossier, et leurs conclusions sont claires et motivées Nous considérons par conséquent que ce rapport d'examen remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour admettre la valeur probante d'un rapport médical, et n'avons dès lors aucune raison de remettre en cause ses conclusions. Du point de vue somatique, vous présentez une incapacité de travail totale dans votre ancienne activité d'ouvrier au moulage. En revanche, une capacité de travail de 100 % (avec une éventuelle baisse de rendement de 5 à 10 % pour tenir compte de la nécessité d'alterner les positions) peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles. Vous ne présentez d'autre part aucune atteinte à la santé psychiatrique susceptible de diminuer votre capacité de travail; le psychiatre qui vous a examiné a en revanche relevé une amplification des symptômes. Nous relevons également que les renseignements transmis par les médecins spécialistes que vous avez consultés viennent confirmer la position du SMR. Le Dr J. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 décembre

2002, parlait ainsi d'un examen clinique étonnamment pauvre avec présence de nombreux signes de non-organicité, d'une discordance frappante entre l'importance des plaintes et la rareté voire l'inadéquation des signes cliniques et radiologiques. Ce médecin renonçait à se prononcer sur votre capacité de travail, tout en préconisant une évaluation psychiatrique, ce qui a été fait dans le cadre de l'examen SMR. S'agissant plus particulièrement des éléments médicaux dont vous faites part dans votre opposition, notre service médical relève que le seul élément nouveau concerne des « doigts à ressaut » au niveau de la main droite, toutes les autres atteintes ayant quant à elles été prises en compte lors de l'examen SMR. • Cette pathologie peut effectivement occasionner des douleurs et des limitations fonctionnelles supplémentaires (nécessité de réduire les activités de serrage ou répétitives avec la main droite), mais celles-ci ne diminuent pas votre capacité de travail et sont surtout purement temporaires. Un traitement chirurgical de cette atteinte serait en effet parfaitement exigible de votre part, s'agissant d'une opération simple, présentant peu de risques et avec d'excellents résultats. Les propos du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, confirment que cette intervention permet de retrouver un statut sans douleurs et sans limitations fonctionnelles au niveau des doigts concernés. L'examen neurologique effectué par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'apporte quant à lui aucun élément objectif pouvant expliquer les douleurs et symptômes présentés. D'autre part, les indications transmises par votre médecin-traitant ne permettent pas non plus de s'écarter de l'avis des spécialistes du SMR. Dans son courrier du 3 mai 2004 à l'intention de votre avocat, le Dr D. \_\_\_\_\_ rejoint le SMR sur l'anamnèse et le status réalisés; il précise également que les plaintes ne sont effectivement explicables que partiellement par les lésions somatiques objectivement relativement modestes. Il met l'accent sur une détresse psychologique, laquelle a fait l'objet d'un examen par le psychiatre du SMR. En définitive, seule son appréciation de la capacité de travail exigible est différente de celle des médecins du SMR (50 % au lieu de 100 %), mais sans que cette différence ne soit étayée par des éléments objectifs. Nous rappelons en outre que selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, doit en principe être préféré à celui du médecin-traitant en raison des rapports de confiance qui lient ce dernier à son patient, lesquels peuvent nuire à l'appréciation objective de la situation (ATF 125 V 350 spéc. cons. 3b/cc p. 353 et la jurisprudence citée; VSI 2000 p. 154 et 2001 p. 106; RCC 1988 pp. 504 ss). En conclusion, du point de vue médical, c'est à bon droit que nous avons tenu compte d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée, avec éventuellement une baisse de 5 à 10% en raison de la nécessité d'alterner les positions. La perte de gain découlant de vos atteintes à la santé est estimée à 27 %, taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Nous vous renvoyons à cet égard aux termes de notre décision du 11 mai 2004, non expressément contestée sur ce point. Par surabondance de droit, nous avons également évalué le revenu que vous pourriez réaliser malgré vos atteintes à la santé en nous basant sur les données statistiques. (...) En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002 année de l'ouverture du droit potentiel à une rente, Fr. 4'557 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles vous sont accessibles malgré vos atteintes à la santé (ATFA du 6.3.03 réf. I 419102, ATFA du 2.4.03 réf. I 339/02). 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

2002 (41,7 heures), ce montant doit être porté à Fr. 4'750.65.-, ce qui donne un salaire annuel de Fr. 57'000.-. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126V 80 consid.5b/CC). Dans votre cas, un abattement de 15 % au maximum sur le revenu d'invalidé pourrait se justifier, pour tenir compte de vos limitations fonctionnelles (ce taux tient compte de l'éventuelle baisse de rendement de 5 à 10 % que la nécessité d'alterner les positions pourrait occasionner selon les médecins du SMR). En définitive, le revenu d'invalidé ainsi calculé est de Fr. 48'457.-, soit un montant supérieur à celui retenu dans notre décision et votre taux d'invalidité est donc bien inférieur à 40 %." Le 15 juin 2005, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant à l'annulation de celle-ci. Par jugement du 27 septembre 2007, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a annulé la décision attaquée pour des motifs de procédure, savoir qu'à la date de l'examen par le SMR, la Dresse E. \_\_\_\_\_ n'était pas titulaire des titres de psychiatre FMH dont elle se prévalait, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal. Il a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il ordonne une expertise psychiatrique, puis rende une nouvelle décision. C. Le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, a procédé à l'expertise de l'assuré et retient dans son rapport du 26 août 2008 les diagnostics suivants : "a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Aucun sur le plan psychiatrique b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? Phobie sociale (F40.1) Trouble panique avec agoraphobie (F40.01) Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) Ces troubles se sont installés progressivement depuis le début des années 2000." Il indique en outre ce qui suit : "Plaintes actuelles Les plaintes sont essentiellement constituées de douleurs qui touchent surtout les lombes. L'assuré les cote à 6-7 sur 10. Elles sont aggravées par l'effort et le maintien de positions fixes de façon prolongée. Ces douleurs remontent en direction de la nuque. Elles tendent également à s'étendre vers l'avant. Elles peuvent descendre vers les membres inférieurs. L'assuré mentionne également des douleurs des hanches, des genoux et des poignets. L'expertisé se plaint aussi d'un manque de force à la main droite. Il n'a spontanément pas de plaintes psychiatriques. Au questionnement dirigé et de façon manifestement inductible, il donne une symptomatologie dépressive comprenant la tristesse, la perte d'intérêt, la fatigue, la fatigabilité, des idées suicidaires, des difficultés à penser et à se concentrer. La recherche de la symptomatologie anxieuse met en avant des attaques de panique consistant en une sensation d'angoisse extrême avec la peur d'étouffer et de faire un malaise, Ces symptômes sont accompagnés de palpitations, d'oppression thoracique, de sudations et de vertiges. Ces attaques surviennent dans des situations particulières relevant de ce que les anglo-saxons dénomment l'agoraphobie. Il s'agit des situations de foule (grands magasins, transports publics, rues bondées) et de situations où le sujet se sent enfermé (ascenseurs, certains appareillages d'imagerie médicale). Ces mêmes manifestations peuvent survenir, de façon moins marquée, dans certaines situations sociales où le sujet se sent regardé, dévisagé, critiqué ou alors où il devrait parler ou agir en public. La recherche de symptômes pour une affection cérébro-organique, un trouble des conduites alimentaires, un problème

avec les substances psychoactives et une pathologie psychotique n'a pas été contributive. Observation A l'examen, on est face à un homme qui se montre un peu irrité et irritable et se dit excédé par les investigations et les procédures dont il est l'objet. Le français est bon. La collaboration est tout à fait satisfaisante. L'examen se passe dans de bonnes conditions. L'assuré est orienté dans le temps et dans l'espace. Il est parfaitement vigile. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique. Jugement et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. Bref, le status permet de réfuter sans autre une affection cérébro-organique. Le sujet a une activité psychomotrice normale. Il n'est ni ralenti ni agité. Le visage est le plus souvent fermé et un peu triste, mais peut aussi s'animer. Il n'y a pas de larmes, même si l'assuré peut montrer un certain désarroi lorsqu'il tire son bilan existentiel. Il n'y a pas d'anxiété excessive, Si le sujet tend à bouger et à changer fréquemment de position, il le fait en grimaçant de façon douloureuse. Le cours de la pensée est normal, Les associations d'idées sont bonnes. Il n'y a pas de délire, Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations. Globalement, M. T. \_\_\_\_\_ se montre essentiellement révolté et persuadé de ne pas être reconnu dans ses droits de malade, d'autant plus qu'il dit avoir travaillé beaucoup, durement et dès son plus jeune âge. (...)

Appréciation asséurologique Bien qu'une telle situation soit d'appréciation diagnostique difficile, il y a actuellement beaucoup d'arguments pour admettre que le concept de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est le mieux à même de la décrire. L'argument principal à la faveur de cette entité repose sur le fait que le tableau clinique est dominé par le besoin de reconnaissance. Ce besoin va au-delà de la recherche d'une simple compensation financière. L'assuré réclame aussi la prise en compte d'une existence à ses yeux totalement dévolue au travail et de tout ce qu'il a donné pendant plus de vingt ans dans l'entreprise qui l'a employé. La CIM-10 assimile la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques à ce que désignait le terme aujourd'hui désuet de névrose de compensation. Elle classe cette entité diagnostique dans le même chapitre que les troubles factices. Alors qu'on admet que dans l'hystérie et les troubles somatoformes la production de symptômes est involontaire et inconsciente, la chose est moins bien établie dans la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les symptômes visent à obtenir une reconnaissance et une compensation. Ils relèvent d'un certain contrôle conscient, bien qu'on ne soit pas dans le champ de ce que désigne la simulation. De telles situations relèvent le plus souvent de facteurs personnels et socioculturels qui sont étrangers à ce que couvrent la plupart de nos assurances sociales. Ils surviennent dans le contexte de personnalités frustes, d'une scolarisation rudimentaire, de précarité économique, de problématiques familiales ou conjugales et encore de conséquences négatives d'une émigration. On est bien plus dans le champ d'un comportement d'invalidé que dans celui de la maladie mentale au sens biomédical du terme. L'assuré est plus une personne souffrante qu'un malade, au sens de ce qui est reconnu par notre système de compensation. Pour tous ces motifs, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas associée à une incapacité de travail significative. Rien n'indique que le cas de M. T. \_\_\_\_\_ permette une exception à cette règle. L'expertisé souffre par ailleurs de troubles anxieux. Ils n'ont jusqu'ici pas été mentionnés au dossier. Il s'agit du trouble phobie sociale et du trouble panique avec agoraphobie. Dans certains cas, une telle pathologie peut avoir valeur incapacitante. Elle doit être particulièrement sévère ou associée à d'autres troubles psychiatriques, une dépression grave étant la comorbidité de loin la plus fréquente. Dans le cas présent, ces

troubles anxieux n'ont rien d'inquiétant. L'assuré ne les rapporte pas spontanément. Ils ne déterminent pas un évitement massif de situations sociales qui verraient l'expertisé complètement isolé et reclus chez lui. M. T. \_\_\_\_\_ sort plusieurs fois par jour. Il fait les courses en compagnie de ses proches. Il peut fréquenter les matchs de football. Il garde par conséquent une vie sociale quasi normale, bien qu'elle se soit manifestement rétrécie ces dernières années. On ne peut dès lors pas considérer ici que les troubles anxieux en cause aient valeur incapacitante. Au vu du contexte, le soussigné tient à préciser que les éléments à disposition permettent de retenir des affections corporelles chroniques qu'on retrouve chez beaucoup de sujets de cet âge ayant travaillé dur et beaucoup. Selon le dossier, elles n'ont pourtant pas valeur incapacitante dans une activité adaptée. Pour le soussigné, l'entité majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'est pas un processus maladif stricto sensu. Elle décrit en fait un comportement particulier dans un contexte donné. Cette situation de processus maladif de longue durée peut dès lors être écartée, sachant que les troubles anxieux sont ici d'intensité mineure. Nous avons aussi vu que le réseau social est manifestement conservé. Nous avons encore noté qu'il n'y pas ici de comorbidité psychiatrique grave aux plaintes douloureuses chroniques de cet assuré. Pour le solde, on peut admettre un certain degré de chronification. Il est en effet peu probable que la situation actuelle soit pleinement réversible, même s'il y avait compensation. Cette observation est d'ailleurs une constante dans la littérature pour ces cas. Ce tableau clinique laisse aussi peu de prise aux approches thérapeutiques. On peut admettre qu'il a résisté aux traitements dans les règles de l'art, compte tenu de ce qui peut être fait dans une telle situation. L'impression clinique globale renvoie l'image d'une personne manifestement souffrante, révoltée, campée dans une attitude visant la reconnaissance non seulement d'un état de malade mais encore du travail fourni et d'une multitude d'injustices dont elle pense avoir été victime. Le tableau psychiatrique stricto sensu n'a pourtant rien d'inquiétant. On n'est pas dans le champ de la dépression gravissime de type mélancolique. On est bien loin d'autres pathologies mentales sévères comme la schizophrénie ou une démence de type Alzheimer, par exemple. Sur un plan médico-théorique, le praticien expérimenté est convaincu qu'on peut exiger de l'assuré qu'il reprenne en plein son activité professionnelle dans une activité adaptée à sa problématique somatique. Dans les faits, il est vraisemblable que M. T. \_\_\_\_\_ ne reprendra jamais le travail. Dans un tel contexte, le soussigné n'a pas de mesures tant médicales que professionnelles à proposer. La situation est vraisemblablement fixée pour une longue durée, voire définitivement fixée. Conclusions En conclusion, l'assuré est un ressortissant napolitain de 52 ans, marié et père de deux enfants. Il ne mentionne pas de problèmes particuliers dans sa famille nucléaire décrite comme soutenance. L'histoire qu'il rapporte est marquée par un vécu d'injustice et d'abandon, L'assuré pense avoir été quelque peu délaissé par ses parents. Il est convaincu, vraisemblablement à juste titre, d'avoir toujours travaillé dur et beaucoup. Il reste révolté par un grave accident de circulation qu'il dit causé par un automobiliste ivre. Il est allé vers une certaine insatisfaction au travail couplée à la conviction que son entreprise n'a pas reconnu ce qu'il lui a apporté. Après un événement médical aigu (blocage lombaire), l'assuré s'est installé dans un comportement de majoration de ses symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a progressivement adopté un statut d'invalidé couplé à une attitude de revendication. Ce comportement est actuellement figé. Il est peu probable qu'il se modifie, même si l'expertisé recevait une compensation financière. Une telle situation clinique sort partiellement du champ médical tel qu'il est défini par nos assurances sociales. L'assuré est

manifestement souffrant. Il est moins malade, au sens biomédical du terme. Sur un plan médico-théorique, il est dès lors justifié d'exiger de lui qu'il reprenne son activité professionnelle en plein dans un emploi adapté à ses problèmes somatiques. Dans les faits, il est hautement vraisemblable que l'assuré ne reprendra jamais du travail. Le soussigné n'a pas de mesures à proposer tant sur le plan médical que professionnel. La situation est vraisemblablement fixée pour une longue durée voire définitivement fixée." Le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, orthopédique et traumatologie, dans une attestation du 23 décembre 2008, mentionne ce qui suit : "Je considère que l'expertise psychologique faite au patient susnommé est révélatrice des vraies atteintes psychiques de ce dernier. Cela ne concerne pas la manière de faire du psychiatre ni son examen impeccable mais plutôt l'anamnèse faite sur un patient qui a un comportement frontal oppositionnel. Ce qui cache des vérités à son interrogateur. Le psychiatre n'est pas au courant des résultats de scanner cérébral que j'ai effectué sur Monsieur T. \_\_\_\_\_ le 16.12.2008 dont je vous joins la copie." A cette attestation est jointe un rapport du 16 décembre 2008 de la Dresse R. \_\_\_\_\_, radiologue, qui mentionne un CT cérébral effectué le 15 décembre 2008 et conclut comme il suit : "Résultat Atrophie cortico-sous-corticale, plus marquée au niveau frontal et au niveau de la fosse postérieure avec une méga grande citerne. Pas de collection juxtadurale ni effet de masse ni prise pathologique du produit de contraste." Dans un avis médical du 23 mars 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ indique ce qui suit : "Le rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ du 23.12.2008 fait état d'un comportement frontal oppositionnel, que ce médecin met en relation avec la constatation radiologique (rapport du CT cérébral du 15.12.2008) d'une atrophie cortico-sous-corticale plus marquée au niveau frontal. Dans son rapport d'expertise, le Dr S. \_\_\_\_\_ est formel: « la recherche de symptômes pour une affection cérébro-organique. . . n'a pas été contributive » (p.6) et «le status permet de réfuter sans autre une affection cérébro-organique » (p.7). Par ailleurs L'expert ne décrit nullement un comportement frontal oppositionnel mais au contraire, il rapporte: « la collaboration est tout à fait satisfaisante. L'examen se passe dans de bonnes conditions. » (p.7) Il convient de rappeler que ce sont bien les limitations fonctionnelles constatées cliniquement qui sont déterminantes pour fixer la capacité de travail et non pas les images radiologiques, surtout si elles ne correspondent pas à la clinique, comme dans le cas de cet assuré. Il importe de noter que l'atrophie cortico-sous-corticale décrite par le radiologue ne saurait constituer un fait nouveau dans la mesure où il s'agit d'une affection d'évolution lente. Or moins de quatre mois séparent l'expertise psychiatrique du CT cérébral; on peut donc affirmer que cette atrophie était déjà présente lors de l'expertise et n'a pas de traduction clinique. Par conséquent, le rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ et le rapport du CT cérébral ne permettent en aucun cas de réfuter les conclusions de l'expert psychiatre, qui doivent être maintenues." Dans un rapport du 26 janvier 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ diagnostique un status post TCC en 1986 et des troubles de la concentration et atrophie frontale (CT). Il expose en outre ce qui suit : "Status neurologique Droitier de 52 ans en EG conservé, nuque libre, pas de troubles phasiques. A l'évaluation neuropsychologique à l'aide du test ERFC, 45/50 pts (donc résultat légèrement en-dessous de la limite de la norme : 46), puisque le patient obtient 45 pts perdant des pts dans le rappel immédiat de deux mots seulement sur quatre ainsi que de deux séries de chiffres en ordre direct et indirect, et enfin lors d'une épreuve de calcul mental (28 - 9 = 18 selon lui). Le reste du status neurologique est non déficitaire, sans troubles sensitivo-moteurs, ni coordination des extrémités, les ROT étant faibles et symétriques, les cutanés plantaires en flexion. Discussion Notre patient présente

actuellement des troubles de la concentration, modérés mais objectivables, ainsi qu'une atrophie cérébrale à prédominance frontale qui pourraient être interprétées comme séquelle du TCC de 1986. Il s'agit toutefois de troubles peu spécifiques, dont le lien causal avec l'accident, plus de vingt ans après, est difficile à prouver formellement (d'anciennes observations seraient sans doute utiles). En tout état de cause, en se référant aux tables concernant les atteintes à l'intégrité de la SUVA, il s'agirait au pire d'une atteinte minime à modérée, dans l'ordre de 10%." Le 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ relève que ce rapport médical fait état de troubles de la concentration modérés sur la base d'un résultat au test ERFC à 45 points alors que la limite inférieure de la norme est fixée à 46 points, le reste du status neurologique étant non déficitaire. Il rappelle que l'atrophie cérébrale à prédominance frontale est un diagnostic déjà connu et commenté précédemment. Il est d'avis qu'une concentration à la limite inférieure de la norme, sans répercussion clinique mais uniquement mise en évidence par un test spécifique, ne saurait être un facteur d'incapacité de travail dans une activité simple et non qualifiée, telle qu'exigible de cet assuré, le Dr P. \_\_\_\_\_ n'attestant d'ailleurs aucune incapacité de travail en lien avec ce diagnostic. Dans un projet de décision du 16 juin 2009, l'OAI a considéré qu'il n'y avait aucun fait médical nouveau de nature à modifier l'exigibilité et a ainsi confirmé la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques retenues dans sa décision du 11 mai 2004, laquelle devait ainsi être entièrement confirmée. Le 19 octobre 2009, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision remplaçant le précédent. Dans ce projet, il a précisé le calcul du taux d'invalidité comme il suit : "En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'557.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'750.67 (CHF 4'557.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'008.07. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 51'307.26. Sans atteinte à la santé et en continuant à exercer son activité habituelle, notre assuré pourrait prétendre en 2002 à un revenu annuel de CHF 59'771.00 (CHF 4'390.00 + 2 % x 13 mois + prime de CHF 1'560.00). Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 59'771 00 avec invalidité CHF 51307.25 La perte de gain s'élève à CHF 8'463.75 = un degré d'invalidité de 14.16 %." Le 30 décembre 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a écrit au conseil de l'assuré ce qui suit : "En réponse à votre demande je ne peux vous donner que quelques éléments concernant Mr. T. \_\_\_\_\_ puisque le travail que je fais avec lui consiste en des séances d'hypnose et l'apprentissage de l'auto-hypnose afin

de lui permettre de mieux contrôler les pulsions agressives qu'il présente régulièrement, notamment en relation avec un état anxieux omniprésent. Pour avoir un diagnostic psychiatrique, je pense qu'il vous faut vous adresser directement à son psychiatre. J'aimerais cependant ajouter qu'au vu des atteintes cérébrales découvertes au scanner, touchant les zones frontales du cerveau, on peut imaginer que Mr. T. \_\_\_\_\_ puisse présenter des difficultés à maîtriser certaines pulsions, ce qui peut représenter un problème quant à l'intégration dans un groupe et, donc, dans un cadre professionnel. Ces lésions n'ayant pas de raisons de se réparer, son pronostic est probablement plutôt sombre. Afin de préciser ces notions, un nouveau Ct-Scan cérébral suivi d'une consultation chez un neurologue me semblent indiqués." Dans une lettre du 30 novembre 2009 adressée au conseil de l'assuré, la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, écrit ce qui suit : "Le patient présente une aggravation de son état de santé depuis plus de 6 mois; troubles anxieux, éclats de violence. Il m'a été adressé par son médecin traitant qui n'arrive plus à soutenir le patient ni sa famille. Diagnostic : troubles anxieux avec épisodes anxio-dépressifs; facteurs de stress, conflits de famille. Traitement en cours : médicamenteux, psychothérapie, hypnose. (.....) M. T. \_\_\_\_\_ ne travaille plus depuis 9 ans et il est extrêmement difficile de connaître sa capacité résiduelle de travail. Pour l'instant, le patient a une incapacité complète mais n'est pas en accord avec la réalité. Nous ne savons pas quelle activité M. T. \_\_\_\_\_ peut encore réaliser. En conséquence, je vous propose d'annoncer à l'Al une aggravation de l'état de santé, du point de vue psychique, de mon patient et une observation de sa capacité résiduelle de travail dans le cadre d'une institution compétente." Un rapport de Ct de la colonne lombaire du 23 novembre 2009 conclut : "Par rapport à l'examen précédent du 12.4.2001, petite hernie discale extraforaminale en L3-L4, en contact avec le trajet extraforaminal de L3, stationnaire. Protrusion discale à la base paramédiane récessale droite en L4-L5, également inchangée, avec possible conflit avec la racine L5 récessale droite et rétrécissement du trou de conjugaison ddc. Possible conflit avec la racine L4 intraforaminale ddc. Légère aggravation de l'arthrose des 2 articulations sacro-iliaques." Dans une lettre adressée le 12 janvier 2010 au conseil de l'assuré, le Dr A. \_\_\_\_\_ indique ce qui suit : "Pour donner suite à votre courrier du 5 novembre 2009, je vous indique ci-dessous la liste des diagnostics du patient susmentionné : - Spondylarthrose - Arthrose sacro-iliaque bilatérale sévère - Hernie discale L3-L4 avec conflit avec la racine L3 - Protrusion discale L4-L5 avec conflit radiculaire droit - Status après TCC 1986 avec atrophie frontale, trouble de la concentration et du sommeil et un syndrome frontal - Discarthrose et uncarthrose cervico-dorso lombaire - Status après double cure infructueuse du tunnel carpien et doigt à ressaut main droite avec aggravation de la faiblesse musculaire - Gonarthrose bilatérale - Coxarthrose débutante bilatérale - Hypercholestérolémie". Le 8 février 2010, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le rapport suivant : "1.1 Maladie. Diagnostic avec effet sur la capacité de travail: - F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis le 6.7.2009. - F60.3 Personnalité émotionnellement labile, type impulsif 1.2 Traitement: Du 6.7.2009 et encore en traitement. Date du dernier contrôle: le 8.2.2010. 1.3 Traitement hospitalier: non 1.4 En 1986 le patient souffre d'un accident de voiture avec traumatisme crânien et mâchoire fracturée. Il a dû porter un appareil durant 30 jours. - Douleurs dorsales dues à des traumatismes. - Le patient souffre mais il fait son possible pour continuer à travailler. - M T. \_\_\_\_\_ se rend cependant compte que son état physique l'empêche d'effectuer correctement ses tâches; il s'ensuit donc une diminution de la productivité. - En 2001, le patient ne peut plus travailler. En 2003 son patron lui indique que l'entreprise lui a

payé 2 ans de maladie et ne peut désormais plus le garder à son service. Il est licencié à ce moment - Durant cette période, le patient reçoit un traitement par infiltrations, physiothérapie ainsi qu'un traitement antidépresseur. Sa situation ne s'améliore toutefois pas. Son état physique et psychique continuent de se dégrader. Le 6.7.2009 son médecin traitant m'a adressé ce patient à la suite d'une crise d'agitation avec violence extrême. Il avait menacé de tuer sa famille et de se suicider. - Avec une prise en charge sécurisante de et pour la famille, la situation de M T. \_\_\_\_\_ est stable mais il n'est de loin pas guéri. Symptômes actuels: Le patient présente encore des symptômes dépressifs très marqués, tristesse, angoisses, sentiment de ruine, désarroi, sentiments de culpabilité. La violence familiale est heureusement calmée. Pas d'idées de suicide. Troubles du sommeil. Pas de troubles de l'appétit. Constat médical: - Patient bien orienté sur les 3 modes. De contact agréable. Son discours est correct et le contenu adéquat. - Troubles physiques : le patient présente parfois une tension intérieure très importante liée à sa situation actuelle « malade sans pouvoir travailler et apporter son soutien à sa famille ». - Vu l'état de santé de M. T. \_\_\_\_\_ il est difficile d'imaginer quel type d'activité il pourrait envisager et si une capacité résiduelle de travail existe encore. 1.4 Pronostic: Du point de vue psychique, il est encore prématuré de se prononcer. 1.5 Nature et importance du traitement actuel: Le patient est au bénéfice d'un traitement médicamenteux et d'une psychothérapie pour une durée indéterminée. (...) 1.6 Incapacité de travail: Profession: ouvrier, sans formation professionnelle 100% depuis 2001. 1.7 Du point de vue psychique, le patient a des troubles de concentration, de mémoire et d'attention. Troubles physiques, fatigue dus à des problèmes de sommeil. Il est impossible de répondre aux questions relatives à l'énumération des restrictions mentionnées au point de vue du travail ainsi qu'à la question suivante ayant trait à leur manifestation puisque M. T. \_\_\_\_\_ n'a plus d'activité depuis 2003. En conséquence, je vous propose des stages d'observation afin de clarifier au mieux la capacité de travail du patient. D'un point de vue médical, une activité n'est pas exigible pour l'instant. Je vous propose d'évaluer la capacité de travail dans le courant du prochain trimestre. Le rendement est réduit de 100%. Une activité adaptée au handicap pourra être évaluée dans 3 mois." Le 21 avril 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_ a établi l'avis médical suivant : "Le courrier du 31.12.09 du Dr Z. \_\_\_\_\_ à Me P. Nordmann, qui fait état de séances d'hypnose dans le cadre d'un état anxieux. Ces troubles étaient présents lors de l'expertise psychiatrique du Dr S. \_\_\_\_\_ en août 2008 puisque l'expert a retenu deux diagnostics du chapitre « F40 troubles anxieux phobiques », à savoir une phobie sociale et un trouble panique avec agoraphobie. Ces troubles ont cependant été appréciés comme non incapacitants par l'expert, avec une argumentation développée et convaincante. Rien ne rend plausible une aggravation de ces troubles depuis cette expertise. - Le rapport du la Dresse H. \_\_\_\_\_ à l'étude Nordmann du 30.11.09, qui fait état de troubles anxieux avec épisodes anxio-dépressifs: facteurs de stress, conflits de famille. Une aggravation serait constituée par des éclats de violence. Ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail et propose un stage d'observation par l'Al. Il n'y a aucun élément dans ce rapport qui rende plausible une aggravation durable ou une nouvelle atteinte sur le plan psychiatrique. - Le rapport Al de la Dresse H. \_\_\_\_\_ du 08.02.10, qui atteste un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis juillet 2009 (alors qu'en novembre 2009 elle annonçait des troubles anxieux avec épisodes anxio-dépressifs). Les symptômes rapportés (tristesse, angoisses, sentiment de ruine, désarroi, sentiments de culpabilité) sont également rapportés dans le rapport d'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, qui explique clairement les raisons pour lesquelles ils ne justifient pas d'incapacité de travail durable. Le « constat médical »

rapporté en page 2 du rapport ne fait état d'aucun élément pathologique sur le plan psychiatrique. Ni l'épisode dépressif sévère, ni l'incapacité de travail totale attestée ne sont motivés par des constatations médicales objectives. - Le rapport de CT colonne lombaire du 23.11.09 du Dr B. \_\_\_\_\_, qui atteste d'un état stationnaire au niveau L3-L4, d'une situation également inchangée au niveau L4-L5 et d'une légère aggravation de l'arthrose sacro-iliaque, ce qui n'atteste pas d'une augmentation des limitations fonctionnelles ni d'une réduction de la capacité de travail. - Le rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ du 12.01.10, qui établit une liste de diagnostics, par ailleurs tous connus et déjà pris en compte. En conclusion, aucun des documents médicaux susmentionnés n'établit ni ne rend plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré. Les conclusions précédentes sont maintenues." Par décision du 18 mai 2010, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans le projet de décision. D. Par acte du 23 juin 2010, T. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée dès telle date que justice dira. Il soutient que le cumul des affections somatiques, cérébrales, neurologiques et neuropsychologiques excluent toute activité un tant soit peu rentable. A l'appui de son recours, il a produit : - un rapport du 27 mai 2010 des psychologues Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ de l'Institution de [...] dont il résulte qu'un bilan neuropsychologique a été effectué les 15 avril et 6 mai 2010. Sa conclusion en est la suivante : " Conclusion Cette évaluation neuropsychologique, chez un patient de 53 ans, globalement nosognosique de ses troubles cognitifs, met en évidence: · Un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère, caractérisé par une symptomatologie cognitive (difficultés de planification motrice et grapho-moteur, d'inhibition, d'auto-activation et de flexibilité) et comportementale (labilité émotionnelle, apathie, irritabilité et impulsivité) rapportée par l'épouse et le patient. · Des difficultés attentionnelles modérées à sévères, avec un ralentissement psychomoteur, des difficultés à mobiliser ses ressources attentionnelles, ainsi qu'en double tâche. · Des difficultés en mémoire antérograde modérées en modalité visuelle, et légères en modalité verbale, prédominant au niveau des processus de récupération de l'information. · Des difficultés dans les aptitudes visuo-constructives, lors de la copie de dessin, ainsi qu'une dyscalculie, qui doivent toutefois être pondérées en raison du faible niveau socioculturel du patient. · Des signes marqués de la lignée anxio-dépressive, observés cliniquement et à l'aide d'une échelle de dépistage. Le tableau évoque une souffrance frontale, voire fronto-sous-corticale, avec des éléments d'une symptomatologie cognitive et comportementale modérée à sévère. D'un point de vue strictement neuropsychologique, les difficultés observées pourraient être secondaires au traumatisme crânio-cérébral, survenu en 1986, corroboré par les séquelles objectivées à l'imagerie. Une étiologie multifactorielle reste envisagée avec notamment une contribution aux difficultés cognitives d'un état anxio-dépressif marqué, de la fatigue chronique secondaire à ses difficultés de sommeil, ainsi que des douleurs chroniques. Nous vous proposons de revoir, à votre demande, votre patient d'ici un an afin de préciser par un bilan d'évolution, le diagnostic neuropsychologique. En espérant qu'entre temps une amélioration de la thymie par une prise en charge psychiatrique intensive permettrait de diminuer la contribution de ses difficultés au tableau cognitif et comportemental." - un rapport du 18 juin 2010 du Dr A.A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, dont il résulte ce qui suit : "J'ai bien reçu votre lettre du 16 juin 2010. J'y réponds sur la base de mon dossier médical. En effet, le patient est vu dans le cadre de notre Institution (ambulatoirement) depuis février 2010. Il a une série de plaintes que j'énumérerai rapidement ainsi: un état de fatigue chronique, un trouble du sommeil sévère avec sommeil

insatisfaisant (le patient dort 4 à 5 heures par jour), des douleurs chroniques à prédominance lombaire et axiale, une irritabilité et une susceptibilité importantes, ainsi que des difficultés attentionnelles. Le status neurologique est grosso modo normal. Par contre, un bilan neuropsychologique montre un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère, des troubles attentionnels, des troubles mnésiques antérogrades modérés en modalité visuelle et légers en modalité verbale, des difficultés dans les aptitudes visuo constructives, ainsi qu'une dyscalculie. Il présente quelques signes de la lignée dépressive et anxieuse. Cliniquement et lors d'une polysomnographie, nous mettons en évidence une insomnie sévère (probablement post-traumatique) et un syndrome des jambes sans repos. Une IRM cérébrale montre une atrophie à prédominance antérieure dont l'étiologie ne peut être affirmée. En conclusion : Ce patient présente actuellement un dysfonctionnement à caractère neuropsychologique important, certainement invalidant (l'examen neuropsychologique complet est d'ailleurs annexé). L'origine de ce trouble doit être discutée : il est vraisemblable qu'il soit en relation avec des troubles du sommeil majeurs que nous avons constatés chez le patient. De plus, en tenant compte du dossier que vous nous avez adressé, il s'agit d'un dysfonctionnement apparu récemment, étant donné qu'en 2009 le Dr P. \_\_\_\_\_ ne le mentionnait pas. Je ne dispose cependant pas de l'examen neuropsychologique complet; je pense cependant que le test ERFC n'est pas suffisamment sensible pour mettre en évidence le trouble comme ceux qui ont été mis en évidence par notre examen neuropsychologique. Quant à la relation des troubles actuels avec le traumatisme crânio-cérébral de 1986, il est impossible sur la base des documents dont je dispose de prendre position. Il faudrait effectivement avoir accès au dossier complet de la SUVA pour y répondre. En conclusion : La capacité de travail de M. T. \_\_\_\_\_ comme ouvrier est certainement réduite, inférieure à 50% au moins, compte tenu des troubles neuropsychologiques sévères qu'il présente. Cette situation existe vraisemblablement depuis au moins une année, c'est-à-dire depuis l'évaluation de M. P. \_\_\_\_\_ qui ne l'avait pas mise en évidence. Elle est probablement antérieure si l'on tient compte du fait que le test ERFC n'est certainement pas aussi sensible que notre examen neuropsychologique complet. Il s'agit donc d'un nouveau diagnostic qui, libellé, donnerait ceci : Troubles neuropsychologiques évoquant un dysfonctionnement fronto-temporal bilatéral d'étiologie encore indéterminée. Quant au pronostic, il est difficile de se prononcer tant que les différents documents ne sont pas obtenus et tant que le traitement du trouble du sommeil n'aboutit pas à une amélioration." L'OAI a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. 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 [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. a) L'art. 17 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al.1). L'examen d'une nouvelle demande doit se faire aux conditions de la révision, mais avec la précision suivante, la comparaison portant notamment sur l'état de santé de l'assuré doit se faire sur la base de la situation existant lors du dernier examen matériel de la situation (TFA du 16 octobre 2003 - 130 V 64, op. cit. - cause I 249/01 ; TFA du 1er décembre 2003 - 130 V 71 - cause I 465/03). b) 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). c) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison de l'aggravation d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité]; RS 831.20). L'incapacité de gain consiste en une diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 in fine LPGA). L'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 c. 3b et les réf. citées, in VSI 1998 p. 293). b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective 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. 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 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3.a et les réf. citées; RAMA 2000 KV 124 p. 214). Les rapports des médecins des assureurs

peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les ref. citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb). Au vu de la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_204/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.3). c) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées). 4. Le recourant soutient que compte tenu de l'ensemble des pathologies dont il est atteint, sa capacité de travail est nulle. a) Sur le plan psychique, l'expert Dr S. \_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il indique les diagnostics de phobie sociale, trouble panique avec agoraphobie et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lesquels n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail. L'expert explique de façon détaillée les motifs pour lesquels, sur un plan médico-théorique, une reprise complète du travail dans une activité adaptée est exigible de la part du recourant. En effet, s'agissant du trouble anxieux, l'expert expose que ces troubles n'ont rien d'inquiétant, le recourant ne les rapportant pas spontanément, n'étant pas complètement isolé et reclus chez lui, mais gardant une vie sociale quasi normale, bien qu'elle se soit manifestement rétrécie ces dernières années. La majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'entraîne pas non plus d'incapacité de travail, dès lors que les troubles anxieux sont ici d'intensité mineure, que le réseau social est manifestement conservé et qu'il n'y pas de comorbidité psychiatrique grave aux plaintes douloureuses chroniques du recourant. L'expert a en outre exclu un épisode dépressif. Il relève notamment que les symptômes de tristesse et de perte d'intérêt rapportés par le recourant sont inconstants, que le poids du recourant est stable, que l'insomnie est avant tout liée aux douleurs et que le recourant garde une bonne estime de soi, étant persuadé d'être

dans son droit et défendant solidement sa position sur ce point. Le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ confirme ainsi celui de la Dresse E. \_\_\_\_\_ du SMR, qui ne retenait pas non plus de trouble psychiatrique invalidant. Il doit être préféré au diagnostic du Dr J. \_\_\_\_\_ du 3 décembre 2002 qui mentionnait un état anxio-dépressif réactionnel, diagnostic peu documenté, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'étant d'ailleurs pas spécialiste en psychiatrie.

Postérieurement à l'expertise, le Dr A. \_\_\_\_\_ mentionne le 23 décembre 2008, que suite au scanner cérébral qu'il a fait effectuer, il considère que l'expertise psychologique faite au patient susnommé est non révélatrice des vraies atteintes psychiques de ce dernier, dès lors que l'anamnèse a été faite sur un patient qui a un comportement frontal oppositionnel.

Toutefois, l'expert ne décrit pas un comportement frontal oppositionnel mais au contraire, relève que la collaboration est tout à fait satisfaisante, l'examen se passant dans de bonnes conditions. En outre, l'expert indique que la recherche de symptômes pour une affection cérébro-organique n'a pas été contributive (p.6) et que le status permet de réfuter sans autre une telle affection (p.7). L'atrophie cortico-sous-corticale déjà présente lors de l'expertise, - selon l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_ dont il n'y a pas de motifs de s'écarter -, n'a ainsi pas de traduction clinique. Les conclusions du Dr A. \_\_\_\_\_ ne sauraient donc mettre en doute les conclusions de l'expertise, ni d'ailleurs l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ qui mentionne un état anxieux déjà pris en compte dans l'expertise. Ce praticien ne pose d'ailleurs pas de diagnostic et ne se prononce pas sur la capacité de travail. Leurs rapports ne peuvent donc être suivis. La Dresse H. \_\_\_\_\_ atteste dans son rapport du 8 février 2010 un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis juillet 2009 alors que le 30 novembre 2009 elle annonçait uniquement des troubles anxieux avec épisodes anxio-dépressifs. Les symptômes rapportés (notamment : tristesse, angoisses, sentiment de ruine, désarroi) sont également relevés en pp. 6 et 7 du rapport d'expertise (tristesse, perte d'intérêt, fatigue, idées suicidaires, difficultés à penser et à se concentrer, désarroi). L'expert explique toutefois clairement les raisons pour lesquelles ces symptômes ne justifient pas d'incapacité de travail durable. En outre, sous "constat médical" la Dresse H. \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun élément pathologique sur le plan psychiatrique. L'épisode dépressif sévère et l'incapacité de travail totale attestés par la Dresse H. \_\_\_\_\_ apparaissent ainsi douteuses. Enfin, même si l'on devait admettre une aggravation de l'état psychique du recourant, rien n'indique qu'elle ait été durable. En effet, dans l'hypothèse où elle aurait perduré jusqu'à la date à laquelle la décision attaquée a été rendue le 18 mai 2010, elle aurait duré moins d'un an. L'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, procède d'une étude approfondie du cas du recourant, ne comporte pas de contradictions, et ses conclusions sont claires et motivées. Elles ne sont en outre pas mises en doute par d'autres avis médicaux, comme on l'a vu ci-dessus. Elle a ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique à la date de la décision attaquée.

b) Sur le plan rhumatologique/orthopédique, les Drs Y. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ diagnostiquent le 8 décembre 2003, principalement un syndrome pan-vertébral avec irradiation pseudo-radiculaire dans le cadre d'un trouble de la statique léger due à un probable status post-fracture D7 et éventuellement D8, une ancienne maladie de Scheuermann dorsale peu étendue, une hernie discale L3-L4 foraminale gauche et extra-foraminale L3-L4 ainsi que des discopathies discrètes étagées, des gonalgies plus marquées à gauche dans le cadre d'un status post-ménisectomie probablement bilatérale. Ils estiment qu'il y a très certainement une épine somatique au niveau rachidien (probable fracture D7 et éventuellement D8, petite hernie discale L3-L5 gauche et L4-L5 droite avec possible contact avec la racine L5 ainsi que des troubles discrets dégénératifs sous forme de spondylarthrose) et au niveau du genou

gauche (status post-ménisectomie en 92) ainsi qu'un status post-fracture de la clavicule gauche opérée en 1975. Ils relèvent toutefois que ces données objectives n'expliquent que partiellement les plaintes douloureuses qui sont plus intenses et plus étendues et retiennent une amplification des symptômes. Sur la base des données objectives, ils retiennent une capacité de travail nulle dans l'activité de mouleur alors qu'elle est exigible à 100 %, avec éventuellement une diminution du rendement de l'ordre de 5-10 % due à la nécessité de changer les positions, dans une activité professionnelle adaptée, en fonction des limitations fonctionnelles somatiques liées au problème lombaire et du genou gauche (éviter le travail en position de torsion-flexion du rachis, le port de charge occasionnel dépassant les 20 kilos, les mouvements répétitifs et les positions statiques prolongées au-delà d'une heure; une activité qui demande de monter/descendre souvent les escaliers, des échafaudages ou des pentes). Ce rapport, qui a été établi à la suite d'un examen approfondi du recourant, est bien motivé. Ses conclusions sont claires et convaincantes. Il n'est pas mis en doute par d'autres rapports médicaux émanant de spécialistes. Le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne en effet le 3 décembre 2002 que le patient présente des rachialgies chroniques communes ayant débuté par une lombo-cruralgie sur une hernie discale foraminale L3-L4 G, la symptomatologie étant décrite comme invalidante alors que l'examen clinique est étonnamment pauvre. En outre, le 3 mai 2004, le Dr D. \_\_\_\_\_ écrit ne pas rejoindre les médecins du SMR dans leurs conclusions, dès lors que leur appréciation sous-estime la souffrance et la détresse psychologique du patient, ses plaintes multiples, n'étant explicables que partiellement par les lésions somatiques objectivement relativement modestes. L'appréciation de la capacité de travail par ce médecin est donc fondée sur des éléments subjectifs. Elle ne saurait dès lors être suivie. Certes, le Dr D. \_\_\_\_\_ fait état le 20 décembre 2004 d'un status après échec d'une opération des deux sténoses tendineuses de deux doigts de la main droite en avril 2003. Toutefois, le Dr K. \_\_\_\_\_ préconise un traitement chirurgical dont les chances, qu'il qualifie d'excellentes, est à même de résoudre ce problème. Avis partagé par les Drs M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, lesquels relèvent qu'un tel traitement est exigible, car il s'agit d'une opération simple, adéquate, présentant peu de risques et avec d'excellents résultats. Ils relèvent que de toute manière, cette affection ne peut qu'augmenter les limitations fonctionnelles dès lors qu'il faut réduire les activités de serrage ou répétitives avec la main droite, mais que la capacité de travail n'est pas modifiée et reste complète dans une activité adaptée. Le rapport de CT-scan colonne lombaire du 23 novembre 2009 du Dr B. \_\_\_\_\_, atteste d'un état stationnaire au niveau L3-L4, d'une situation également inchangée au niveau L4-L5 et d'une légère aggravation de l'arthrose sacro-iliaque. Le Dr V. \_\_\_\_\_ estime, le 21 avril 2010, que cette légère aggravation n'entraîne pas une augmentation des limitations fonctionnelles ni une réduction de la capacité de travail. Cet avis n'est contredit par aucun autre praticien. En conséquence, le rapport des Drs Y. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ne sont mis en doute par aucun autre avis médical. Répondant aux réquisits jurisprudentiels, ses conclusions doivent être suivies. c) Sur le plan neurologique, le 26 janvier 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_, diagnostique des troubles de la concentration et atrophie frontale tout en relevant qu'il s'agit de troubles peu spécifiques. Le 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ est d'avis qu'une concentration à la limite inférieure de la norme, sans répercussion clinique mais uniquement mise en évidence par un test spécifique, ne saurait être un facteur d'incapacité de travail dans une activité simple et non qualifiée. Enfin, le 8 juin 2010, le Dr A.A. \_\_\_\_\_ estime également que le status neurologique est grosso modo normal. Au vu des avis concordants des praticiens, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail consécutive à ce trouble neurologique. d) Sur le plan

neuropsychologique, le Dr A.A. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 18 juin 2010, pose un nouveau diagnostic, à savoir des troubles neuropsychologiques évoquant un dysfonctionnement fronto-temporal bilatéral d'étiologie encore indéterminée. Il explique qu'un bilan neuropsychologique montre un dysfonctionnement exécutif modéré à sévère, des troubles attentionnels, des troubles mnésiques antérogrades modérés en modalité visuelle et légers en modalité verbale, des difficultés dans les aptitudes visuo constructives, ainsi qu'une dyscalculie. Il estime que la capacité de travail du recourant comme ouvrier est certainement réduite, inférieure à 50 % au moins, compte tenu des troubles neuropsychologiques sévères qu'il présente. Le Dr A.A. \_\_\_\_\_ mentionne tout d'abord qu'en tenant compte du dossier il s'agit d'un dysfonctionnement apparu récemment, étant donné qu'en 2009 le Dr P. \_\_\_\_\_ ne le mentionnait pas. Il indique ensuite que "cette situation existe vraisemblablement depuis au moins une année, c'est-à-dire depuis l'évaluation P. \_\_\_\_\_ qui ne l'avait pas mise en évidence. Elle est probablement antérieure si l'on tient compte du fait que le test ERFC n'est certainement pas aussi sensible que notre examen neuropsychologique complet." Cette appréciation relative à la date de l'apparition du trouble neurologique diagnostiqué apparaît peu claire, voire contradictoire. Dès lors qu'il n'y a aucun élément au dossier relatif à ce trouble avant le bilan neuropsychologique effectué les 15 avril et 6 mai 2010, il y a lieu d'admettre selon le principe de la vraisemblance prépondérante que ce trouble est apparu à ce moment là, à tout le moins qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail due à ce trouble avant cette date. Afin qu'une éventuelle incapacité de travail puisse être prise en compte, il faut encore qu'elle soit durable. A la date de la décision attaquée, le 18 mai 2010, cette circonstance n'est pas établie, un mois environ s'étant écoulé entre la découverte de ce trouble et la date à laquelle ladite décision a été rendue. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte dans la présente décision. f) En conséquence, il y a lieu de retenir qu'à la date de la décision attaquée, la capacité de travail du recourant est nulle depuis 2001 dans son ancienne profession et entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10%. 5. Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base. a) Aux termes de 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 utiles, sur un marché du travail équilibré. Selon les art. 28 et 29 LAI, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et donc applicables *ratione temporis* en l'espèce, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase). b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle aurait pu effectivement réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4.3.3; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). En l'espèce, en tant que personne valide, le recourant exercerait la profession mouleur. Selon son dernier

employeur, son salaire annuel en 2002, soit au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1), se serait élevé à 59'771 fr. 40 (4'390 fr. + 2 % x 13 mois + prime de 1'560 fr.). c) S'agissant du gain d'invalidité, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant toujours sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2002, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'557 fr. par mois (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 54'684 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002, soit 41,7 heures (La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2), ce qui représente 57'008 fr. 07 ( $[54'684 : 40] \times 41,7$ ), montant qu'il y a lieu de réduire de 10 % compte tenu de la diminution de rendement, soit 51'307 fr. 26, montant dont l'OAI a omis de tenir compte dans sa dernière décision. La réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalidité prévue par la jurisprudence (ATF 126 V 75) a pour objectif de tenir compte du fait que pour un assuré devant se réadapter dans une activité qu'il est jugé apte à exercer malgré son handicap, les possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple, limitations liées au handicap, âge, années de service), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (9C\_731/2007 du 20 août 2008, consid. 5.2; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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'invalidité, 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 (TF 9C\_280/2010 du 12 avril 2011). Dans le cas particulier, compte tenu de l'âge du recourant et de ses handicaps, l'OAI n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en fixant le taux d'abattement à 10 %. Il en résulte un salaire avec invalidité de 46'176 fr. 54 d) Le calcul de la perte économique du recourant est par conséquent le suivant :  $(59'771 \text{ fr. } 40 - 46'176 \text{ fr. } 54) : 59'771 \text{ fr. } 40 \times 100 = 22,74 \%$  Un tel degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à

une rente d'invalidité. 6. En revanche, un degré d'invalidité de 22,74 % serait suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel, pour autant que les autres conditions soient réunies, question sur laquelle l'OAI n'a pas statué. En effet, le droit au reclassement dans une nouvelle profession suppose que l'atteinte à la santé entraîne une perte de gain d'une certaine importance, soit une perte de gain durable de 20 % environ dans toute activité exigible et qui ne nécessite pas une formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 110 consid. 2b; VSI 2000 p. 64 consid. 1; VSI 2000 p. 196; TFA, arrêt S. du 2 novembre 2000, I 238/00, ad TAss VD du 28 octobre 1999, AI 90/99 - 37/2000). Toutefois un taux égal ou supérieur à 20 % n'ouvre pas automatiquement droit à des mesures professionnelles, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte les capacités d'apprentissage de l'intéressé, ses aptitudes et sa motivation en particulier ainsi que les professions qui lui sont ouvertes et qu'il pourrait exercer immédiatement sans réadaptation (TF, I 330/05 du 25 janvier 2006; cf. aussi ATF 130 V 163 p. 173 consid. 4.3.3; 124 V 109 sv. consid. 2a et les références). 7. L'OAI n'a pas statué sur le droit aux prestations pour la période postérieure au 18 mai 2010. Les allégations du recourant et les documents médicaux qu'il a produits, savoir les rapports médicaux de la Dresse H.\_\_\_\_\_ et du Dr A.A.\_\_\_\_\_, justifient néanmoins de considérer qu'il est valablement saisi d'une nouvelle demande. Il n'appartient pas au Tribunal d'instruire cette nouvelle demande, concernant des faits postérieurs à la demande. Tout au plus observera-t-on à ce stade qu'une expertise psychiatrique et neuropsychologique apparaîtrait à première vue adéquate. 8. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté. En ce qui concerne le droit à des mesures d'ordre professionnel ainsi que le droit aux prestations pour la période postérieure au 18 novembre 2010, la cause sera transmise à l'OAI comme objet de sa compétence. 9. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Celui-ci ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ils seront toutefois provisoirement supportés par l'Etat. c) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, qui comprend l'exonération de l'avance de frais et la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'avocat qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le canton de Vaud peut prétendre à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010; RSV 211.02.3] et aux débours figurant sur la liste des opérations et débours (art. 3 al. 1 RAJ). En l'occurrence, la liste des opérations et débours déposée par l'avocat d'office du recourant annonce 7 heures et quinze minutes de travail. Le temps de travail rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat et peut être retenu. Le taux de la TVA était de 7,6 % en 2010; il est passé à 8 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Cela étant, on appliquera le taux de 7,6 % pour les 6 heures dix consacrées par l'avocat d'office au dossier en 2010 et celui de 8 % pour l'heure cinq consacrée par le conseil d'office au dossier en 2011. Ainsi, Me Nordmann a droit à 1'194 fr. 36 (6 heures 10 à 180 fr./h plus TVA à 7,6

%), plus 210 fr. 60 (1 heure et 5 minutes à 180 fr./h plus TVA à 8 %), soit à un montant total de 1'404 fr. 95 (1'194 fr. 36 + 210 fr. 60) pour ses honoraires. Par ailleurs, au regard du dossier, il peut aussi prétendre au remboursement des débours par 100 fr., plus TVA à 8 %, soit un montant de 108 francs. L'indemnité totale pour les prestations de l'avocat d'office s'élève ainsi à 1'512 fr. 95, arrondi à 1'513 francs. L'indemnité du conseil d'office est supportée provisoirement par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant ainsi avancé dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC applicable par le renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service de justice et législation est compétent pour fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. d) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 18 mai 2010 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. L'indemnité d'office de Me Nordmann est arrêtée à 1'513 fr. (mille cinq cent treize francs). V. En ce qui concerne le droit aux mesures d'ordre professionnel ainsi que le droit aux prestations pour la période postérieure à la décision du 18 mai 2010, la cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud comme objet de sa compétence. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour le recourant), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. L'arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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