

VD_GERICHTE ZD15.019467 vom 13. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.019467

FR: VD_GERICHTE ZD15.019467 du 13 mars 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.019467 del 13 marzo 2017

Erwägungen

E. 26

avril 2002, il a retenu les diagnostics de lombalgie invalidante, de spondylolisthesis L5-S1 et de spondylolyse bilatérale L5 sévissant depuis le 20 juin 2001. Cette symptomatologie entraînait une incapacité de travail totale dès le 20 juin 2001 dans l'ancienne profession et le pronostic

- 6 - était réservé. Une activité sans effort physique était toutefois encore envisageable pour ce manœuvre sans formation. Le 4 décembre 2002, ce praticien s'est référé à un rapport de Y. _____ SA établi par le Dr G. _____, spécialiste en radiologie, qui concluait à une herniation L1-L2, avec une vraisemblable extrusion postéro-médiane luxée vers le haut, et constatait l'absence de conflit radiculaire extrathécal. Dans un rapport du 18 juin 2003, le Dr W. _____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué au vu des divers examens effectués que la myélographie démontrait une hernie discale C4-C5 médiane avec plutôt une uncarthrose vu le fragment de disque à droite et une hernie discale C5-C6 droite avec uncarthrose marquée. Il a noté une nette compression radiculaire aux deux niveaux et une très légère compression médullaire. Il a retenu qu'une composante de la symptomatologie du patient, spécialement celle du membre supérieur droit, provenait de ces compressions. Il a estimé qu'une décompression et spondylodèse par voie antérieure aux deux niveaux aurait dû être effectuée.

- 7 - Le Dr ??? _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport le 15 septembre 2003 à la demande du mandataire de l'assuré, Me Philippe Nordmann. Il a posé les diagnostics de discopathie cervicale 4-7, spondylolyse L5, spondylolisthésis L5-S1 de 14 %, lombalgies chroniques récidivantes, insertionnisme pelvienne droite, coxa épiphysaria bilatérale, état variqueux débutant des deux membres inférieurs, vitiligo et suspicion d'un équivalent épileptique (absences). Pour lui, les conséquences de l'événement accidentel n'étaient que passagères et, au moment du rapport, les douleurs ressenties étaient d'origine malade. Afin de préciser le diagnostic de suspicion d'un équivalent épileptique, il a proposé un examen neurologique central avec électroencéphalogramme (EEG), un éventuel traitement cervical pouvant s'effectuer par la suite. Il a également suggéré une exploration psychiatrique avant une intervention sur la colonne vertébrale. Dans un rapport du 11 octobre 2003, le Dr L. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué que les lombalgies persistantes ne s'expliquaient que partiellement par l'atteinte lombaire et qu'on se dirigeait vers le développement d'un syndrome somatoforme douloureux persistant. L'évaluation faite à la Clinique E. _____ n'ayant pas mis en évidence de pathologie psychiatrique, l'examen de cet aspect ne paraissait pas nécessaire. Il a estimé que dans une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 10-15 kg, le travail en position de porte-à-faux du dos et la conduite de véhicules vibrants, la capacité résiduelle de travail de l'assuré était théoriquement encore entière. Enfin, si des mesures

professionnelles paraissaient théoriquement indiquées, le contexte social avec évolution vers un syndrome douloureux chronique semblait, en pratique, défavorable à leur réussite. Dans un rapport final du 6 août 2004, la division administrative de l'OAI a mentionné notamment que l'assuré avait déclaré que, compte tenu de son état de santé, il lui était impossible de faire quoi que ce soit du point de vue professionnel et qu'il n'avait pas changé d'avis bien

- 8 - qu'informé des conséquences d'un refus de se reclasser. Elle a retenu que l'assuré aurait réalisé en 2004 un salaire sans invalidité de 77'751 fr., selon les derniers renseignements donnés par l'employeur le 4 août 2004, et un salaire annuel d'invalidé moyen de 54'114 fr. pour 2004, sur la base de sept descriptions de postes de travail (DPT).

- 9 - Par décision du 28 octobre 2004 confirmée sur opposition le 22 août 2005, l'OAI a refusé de servir la rente sollicitée. Il a retenu que si l'assuré était totalement incapable de travailler comme étancheur, sa capacité résiduelle était totale dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles tel que gardien caissier de parking, opérateur d'exploitation, employé de production étiqueteur, employé d'usine montage-câblage, employé d'emballage, manoeuvre spécialisé ou ouvrier d'usine. Dans ces activités qui ne nécessitaient pas de formation particulière, évitaient le port de charges supérieures à 15 kg, le travail en position de porte-à-faux et la conduite de véhicules vibrants, le gain annuel d'invalidé possible était de 54'114 francs. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité était inférieur à 40 % et n'ouvrait pas le droit à la rente. L'OAI a aussi nié le droit à des mesures professionnelles, l'assuré ne s'étant pas montré favorable à leur mise en place, cet office étant toutefois disposé à reprendre l'instruction de telles mesures si l'assuré se reconnaissait apte à travailler et entrait en matière sur celles-ci. Dans le cadre du recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition susmentionnée, les rapports médicaux suivants ont notamment été produits : - Deux rapports des 1er juillet et 16 août 2005, établis par le Dr V._____, spécialiste en neurologie, selon lequel il n'y avait aucune répercussion neurologique de l'atteinte cervicale et lombaire puisqu'il n'y avait pas d'évidence pour une atteinte radiculaire, cervicale, lombaire ou médullaire. Il a relevé en outre que le patient présentait des troubles neurologiques paroxystiques caractérisés par des paresthésies du membre supérieur droit avec une lente marche sur quelques minutes s'étendant à la région péri-orale et parfois même au membre inférieur ipsilatéral, accompagnés de troubles du langage durant environ trente à quarante-cinq minutes, survenant de manière récurrente, qui correspondaient vraisemblablement à un phénomène migraineux avec une aura migraineuse, même si ces malaises n'étaient pas directement associés à des céphalées. Il a ajouté que le CT-scan

- 10 - cérébral n'avait a priori pas permis de mettre en évidence de pathologie grossière, en tous cas de processus expansif hypervascularisé et que l'examen neurologique était normal. Afin de conclure définitivement à des malaises d'origine migraineuse, il avait revu le patient pour un électroencéphalogramme (EEG), pratiqué le 16 août 2005, qui s'était révélé normal. Il avait dès lors proposé au patient un traitement de Topamax, recommandé dans le traitement préventif des migraines avec ou sans aura. - Une lettre du 26 septembre 2005 du Dr V._____, selon lequel l'incapacité de travail était totale, non seulement en raison des rachialgies chroniques, mais également des céphalées migraineuses et des troubles neurologiques paroxystiques associés qui étaient probablement en relation avec la maladie migraineuse, bien qu'on ne pût pas totalement exclure, dans le diagnostic différentiel, une épilepsie partielle complexe. Il a ajouté qu'en raison des douleurs chroniques au niveau

cervico-dorso-lombaire, il y avait une limitation physique avec une impossibilité à porter de lourdes charges et à maintenir la même position pendant de longues périodes, ces douleurs chroniques engendrant en outre un très probable état dépressif. Enfin, le traitement sous forme de Topamax pouvait diminuer les capacités mnésiques ainsi que les capacités de concentration. Il a observé que le traitement de Topamax était suffisamment efficace et bien toléré et qu'il devrait être maintenu pendant en tout cas un à deux ans. Il a enfin indiqué que les effets secondaires du Topamax comprenaient des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi qu'une fatigue, qui avait tout de même tendance à diminuer progressivement au cours du traitement, et que si ce traitement ne devait pas s'avérer suffisamment efficace ou mal toléré, il y aurait certainement une alternative médicamenteuse possible. - Un avis médical établi le 1er novembre 2005, par les Drs S. _____ et X. _____ du SMR, selon lesquels le rapport du Dr V. _____ relevait une symptomatologie neurologique peu spécifique d'une quelconque affection neurologique. Ils ont estimé qu'il n'y avait aucune preuve

- 11 - objective d'une atteinte à la santé invalidante et qu'il serait intéressant de savoir si le traitement instauré (Topamax) avait permis d'obtenir une disparition ou une amélioration des symptômes. Quant aux effets secondaires du traitement, ils étaient d'avis qu'ils n'engendraient pas d'incapacité de travail totale. Soit le traitement était efficace sur les symptômes pour lesquels il était prescrit, l'assuré pouvant alors travailler avec éventuellement une diminution de rendement due à la fatigue qui resterait à chiffrer, soit le traitement était inefficace, auquel cas il pouvait être interrompu, ses effets secondaires devant disparaître.

- 12 - Le Centre [...] (ci-après : Centre A. _____) a été mandaté expert. Dans leur rapport établi le 2 février 2007, les Drs Bb. _____, spécialiste en neurologie, et Cc. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de rachialgies cervico-dorso-lombaires secondaires en partie dues à des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires influençant la capacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics de céphalées tensionnelles dans un contexte de fixation psychologique aux symptômes somatiques, de malaises sur troubles neurovégétatifs/psychogènes et de personnalité à traits caractériels passifs, ces derniers diagnostics étant sans influence sur la capacité de travail. Ils ont exposé notamment ce qui suit : "[...] Situation actuelle : Sur le plan somatique, M. B. _____ se plaint encore de cervico-dorso-lombalgies droites sans radiculalgies, de céphalées constantes à type de pression/piquées et de malaises avec une sortie d'absence, blancheur, perte de parole et paresthésies remontant le long du membre supérieur droit jusqu'au niveau de la face sans céphalées associées d'une durée d'une demi-heure à 45 minutes. En raison des troubles susmentionnés, M. B. _____ s'estime dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même partielle. Les traitements ont déjà été mentionnés. En résumé, l'examen clinique révèle une nuque de mobilité limitée, avec une mobilisation sensible localement. Les muscles paracervicaux droits restent sensibles et contracturés. L'examen du rachis dorso-lombaire ne révèle pas de franc syndrome dorso-lombo-vertébral avec tout au plus provocation de quelques douleurs en flexion antérieure maximale. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées. L'examen des paires crâniennes est entièrement normal. L'examen des membres supérieurs, du tronc et des membres inférieurs est également normal en dehors d'une manœuvre de Lasègue discrètement sensible en fin de mouvement à droite alors que les points de Valleix sont bilatéralement négatifs. A relever tout particulièrement l'absence

d'anomalies en direction d'une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs ainsi que d'éléments en direction d'une atteinte encéphalique et médullaire. Nous avons revu l'ensemble de l'iconographie au demeurant fort abondante. Les radiographies standard de la colonne cervico-dorso-lombaire ainsi que les différents CT-scan et IRM du rachis ne révèlent aucune anomalie post-traumatique. On note par contre une

- 13 - spondylolyse L5 bilatérale sans spondylolisthésis et des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées avec des herniations disco-ostéophytaires C4-C7 et une uncarthrose étagée au niveau cervical et une hernie discale L1-L2 sans myélopathie ni compression radiculaire au niveau lombaire. Le CT-scan et l'IRM du cerveau avec angio-IRM et angio-CT sont sans anomalie significative si ce n'est une origine carotidienne gauche de l'artère cérébrale postérieure gauche en tant que variante anatomique. Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, la première conclusion est que les troubles présentés encore actuellement par le patient ne peuvent être mis en relation de causalité persistante avec les deux événements accidentels dont il a été victime (1995 et 2001) étant donné le caractère objectivement modéré des événements accidentels et la persistance anormalement prolongée des troubles. S'agissant des rachialgies cervico-dorso-lombaires droites dont se plaint encore M. B. _____, ces dernières peuvent être en partie en relation avec les troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires mis en évidence aux différents examens radiologiques pratiqués jusqu'ici. Il existe néanmoins une discordance évidente entre l'importance des plaintes ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part, l'absence d'anomalies objectives du système locomoteur et nerveux ainsi que le caractère modéré des altérations dégénératives disco-vertébrales d'autre part. S'agissant des céphalées, l'ensemble des éléments à notre disposition permet d'écarter une atteinte structurelle du système nerveux. La description des troubles évoque clairement des céphalées tensionnelles. En ce qui concerne les malaises présents depuis 2001, la description des troubles ainsi qu'à moindre degré la normalité de l'EEG pratiqué préalablement permettent d'écarter une éventuelle épilepsie étant donné notamment la durée des phénomènes. On pourrait effectivement penser à des équivalents migraineux, mais le caractère des céphalées dont souffre M. B. _____ n'est pas celui de migraines. Il s'agit donc le plus probablement de phénomènes dystoniques neurovégétatifs/psychogènes. Sur le plan thérapeutique, il s'agit de poursuivre le traitement actuellement en cours même s'il est peu probable que ce dernier soit de nature à améliorer l'état de santé du patient étant donné l'échec de tous les traitements tentés jusqu'ici et l'absence d'explication somatique claire aux plaintes hormis les troubles statiques et dégénératifs rachidiens qui ne sauraient rendre compte, comme mentionné plus haut, de l'ensemble des plaintes et de leur conséquence sur la capacité de travail. En ce qui concerne la capacité de travail, pour les éléments susmentionnés, il n'y a pas d'incapacité de travail en relation avec les deux événements accidentels. D'un point de vue maladif, les troubles statiques et dégénératifs rachidiens mis en évidence au[x] différents examens radiologiques peuvent entraîner au maximum une incapacité de travail de 50 % dans la profession d'étancheur. Par contre, dans une activité adaptée ne nécessitant pas un port de

- 14 - charge supérieur à 15 kilos en moyenne, un engagement physique lourd et autorisant des changements relativement fréquents de position, la capacité de travail sur le plan somatique est à considérer comme complète (plein-temps avec un rendement de 100 %). Sur le plan psychique, il s'agit d'un assuré de 48 ans qui présente depuis une chute en 2001

une incapacité de travail complète en raison de douleurs dorsales et de malaises. Que ce soit pour la période antérieure à l'accident ou pour celle qui a suivi, aucun trouble psychique n'est décrit ni par l'assuré ni dans les documents médicaux. Une évaluation psychiatrique faite à la Clinique E. _____ en novembre 2001 signalerait un cursus typique d'invalidation avec des causes multifactorielles, mais nous ne disposons pas du rapport détaillé du psychiatre. L'examen psychiatrique actuel met en évidence des traits caractériels passifs et une importante fixation à ses plaintes somatiques chez une personnalité peu apte à se remettre en question. Il n'existe aucun élément évoquant une affection psychiatrique actuellement active. L'accident de 2001 est survenu dans un contexte de difficultés conjugales liées à la maladie cancéreuse de l'épouse de l'assuré. Le conflit conjugal s'est encore exacerbé par la suite, aboutissant à une séparation de fait, puis à un divorce en 2005. Récemment, l'assuré a appris que sa nouvelle compagne souffrait elle-même d'un cancer. Il s'agit là de circonstances existentielles pénibles qui sans doute ont joué leur rôle dans la fixation de l'assuré à ses troubles somatiques et à son installation dans une position passive, mais sans amener à une décompensation psychiatrique notable. Sur le plan psychiatrique, on peut donc estimer qu'il n'y a pas eu et qu'il n'y a pas d'incapacité de travail chez cet assuré. En l'absence d'un tableau dépressif ou régressif manifeste, les traits de caractère passifs et la fixation aux troubles somatiques ne peuvent pas être considérés comme invalidants. En l'absence de troubles somatiques justifiant qu'il n'ait pas pu reprendre son activité professionnelle depuis l'accident de 2001, on parlera ici de phénomènes d'invalidation survenant dans un contexte extra-médical de difficultés relationnelles et sociales. [...]" Par jugement du 15 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances (TASS) a rejeté le recours. Il a en substance considéré que l'expertise du Centre A. _____ avait valeur probante et retenu dès lors une incapacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, le taux d'invalidité après comparaison des gains s'élevant alors à 33.72 %.

- 15 - B. Le 12 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Il a produit un rapport établi le 21 juillet 2009 par le Dr V. _____ dont il résulte ce qui suit : "Il s'agit donc d'un patient que je connais depuis 2005 en raison de céphalées et de malaises inhabituels. Les céphalées sont décrites de manière assez variable, parfois compatibles avec une douleur migraineuse, mais de durée plutôt atypique, pouvant durer une à deux heures, parfois associées à des paresthésies au niveau de la main droite avec difficultés au niveau du langage et parfois même avec une perte de connaissance, sans qu'il n'y ait jamais eu de véritables témoins. Différentes investigations, notamment une IRM cérébrale avec angio IRM et plusieurs EEG de veille, n'ont pas permis de mettre en évidence d'anomalies. De plus, l'examen neurologique s'est toujours révélé normal. Dans l'idée d'une éventuelle migraine avec aura, j'avais introduit un traitement de Dépakine, puis de Topamax, qui tous deux avaient semblé initialement efficaces, après quoi le patient s'était surtout plaint d'effets secondaires. Le traitement a donc été interrompu il y a un peu plus d'une année. Depuis fin 2008, le patient a noté une recrudescence des céphalées et a présenté plusieurs malaises décrits comme une perte de connaissance subite, l'un des malaises l'ayant conduit à l'hôpital de [...] au mois d'octobre 2008, où l'on décrit une syncope. Toujours en octobre 2008, alors que le patient se trouvait chez sa mère au Kosovo, il a présenté un malaise avec, d'après la description donnée, des convulsions et surtout un état post-critique, le patient ayant été hospitalisé dans un hôpital régional au Kosovo. On a pratiqué un EEG qui n'a rien révélé de particulier mais on a tout de même proposé un traitement de Tégrétol 2 x 200 mg/j. J'ai pratiqué un nouvel EEG, le 11.11.08, qui montrait uniquement une discrète dysrythmie

Thêta non irritative, sans asymétrie, focalisation ni éléments de la série comitiale. Lorsque j'ai vu le patient en décembre 2008, il n'avait pas représenté de nouveaux malaises. Dans cette situation, j'ai donc adressé le patient au Dr Dd. _____ pour un EEG de longue durée. Le patient a donc bénéficié d'un EEG du 3 au 4 mars 2009 sous vidéo polysomnographie suite à une privation de sommeil. Le tracé de veille et de sommeil est décrit comme normal et l'hypnogramme est décrit comme physiologique. Le DrDd. _____ évoque plutôt la possibilité d'une migraine avec aura plutôt grave. Dans l'idée d'une migraine, j'ai donc introduit un traitement bêtabloquant sous forme de Meto Zerok, traitement qui a été assez rapidement interrompu par le patient en raison d'une intolérance. Le patient a repris de son propre chef un traitement de Dépakine 2 x 500 mg/j avec depuis lors, semble-t-il, une diminution des malaises qui avaient augmenté en fréquence avec même deux épisodes de perte de connaissance d'allure plutôt syncopale, le patient signalant des vertiges avec perte de tonus des MI amenant à une chute et à

- 16 - une perte de connaissance a priori de très brève durée. Il n'y a pas eu, semble-t-il, de perte d'urines, de convulsions ni de morsure de langue. L'examen neurologique reste toujours normal et il n'y a a priori pas d'aggravation de l'état mais il persiste des malaises d'origine indéterminée qui empêchent le patient de rechercher activement une activité professionnelle. Pour ma part, je l'avais mis à l'arrêt de travail à 100 % du 01.01.09 au 16.03.09, dans l'attente d'organiser l'EEG avec privation de sommeil." Dans un avis du 7 janvier 2010, le Dr S. _____ du SMR a relevé que le Dr V. _____ attestait que le status neurologique restait toujours normal et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé, une épilepsie ayant pu être exclue. Il en a conclu qu'il n'y avait ni fait nouveau, ni aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force, ni d'incapacité de travail durable au sens de l'AI. Il a dès lors estimé qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. Le 12 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande.

- 17 - Il a confirmé ce refus par décision du 1er mars 2010. C. Le 1er février 2012, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI. Il résulte d'un rapport du 23 février 2012 de la Dresse K. _____, spécialiste en médecine interne générale, ce qui suit : "[...] Je suis Monsieur B. _____ depuis le 7 juillet 2011 sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique dans le cadre d'état anxio-dépressif post-traumatique. Le patient présente la symptomatologie anxio-dépressive relativement sévère depuis quelques années sans vraiment une prise en charge ni traitement psychopharmacologique, avec troubles du sommeil majeur[s] et d'angoisses nocturnes. J'ai introduit un traitement d'antidépresseur de Cipralex à doses progressives, actuellement le patient est au bénéfice de 20 mg avec une bonne réponse et stabilisation thymique. Vu les épisodes d'anxiété fluctuante, il bénéficie d'un petit dosage d'anxiolytiques en réserve, Temesta expidet 1 mg. Après de nombreux d'essais de traitement pour insomnie, on a opté pour le traitement de Trittico en raison de 150 mg le soir au couch[er]. Monsieur B. _____ entreprend depuis peu une psychothérapie durant laquelle il peut élaborer les événements traumatisants de la guerre au Kosovo (décès de son père et de son frère), deuils qu'il n'a pas vraiment accomplis. Je vois le patient régulièrement, actuellement toutes les 3 semaines, et je l'ai mis en incapacité de travail depuis le 7 juillet 2011. Vu la fragilité de la [sic] et la durée de la maladie, le pronostic reste sous réserve, raison pour laquelle j'ai entre autre encouragé le patient d'effectuer la demande auprès de l'Office de l'Assurance Invalidité. Etant donné ma formation psychiatrique, je continue de suivre le patient régulièrement [...]". Interpellée par

l'OAI, cette praticienne a répondu le 22 mars 2012 qu'un état anxio-dépressif post-traumatique existait depuis environ une dizaine d'années, la symptomatologie qui n'avait pas été traitée étant devenue avec le temps chronique. Elle a indiqué que c'était la première

- 18 - fois que le patient avait recours à un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique.

- 19 - Dans un avis du 17 avril 2012, les Drs S._____ et Ff._____ du SMR ont rappelé que l'assuré avait été examiné par un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) en 2007 et que, sur le plan psychiatrique, une pleine capacité de travail avait été admise. Ils ont estimé en outre difficile d'admettre un état anxio-dépressif post-traumatique si longtemps après les faits, surtout si en plus une expertise pluridisciplinaire (dont psychiatrique) n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant. Ils étaient d'avis qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions chez cet assuré. Le 20 avril 2012, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande. A la suite de l'opposition de l'assuré, concluant notamment à ce qu'une expertise soit ordonnée, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. SuisseMED@P a désigné le Centre A._____. Dans leur rapport du 31 janvier 2014, les Drs Gg._____, spécialiste en médecine interne générale, Hh._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et Jj._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques ainsi que de cervicalgies chroniques et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) environ depuis 2001, trouble dissociatif de la motricité et des organes des sens (F 44.4) depuis 2001, céphalées de tension chronique dès 2001, d'obésité et d'hypercholestérolémie. Il résulte en outre du rapport d'expertise notamment ce qui suit : "[...] STATUS PSYCHIQUE Apparence, comportement, contact L'expertisé se présente à l'examen ponctuellement, après être venu en train. Monsieur B._____ se présente comme un homme de 55

- 20 - ans, faisant son âge, en bon état général, de grande taille, de corpulence athlétique. L'habillement est correct, du genre sportif. L'hygiène personnelle est préservée. Le contact est facile, l'expertisé se montrant dans l'ensemble collaborant.

- 21 - Fonctions cognitives Il est orienté dans les quatre modes. La maîtrise du français est bonne, aussi bien dans la compréhension que dans l'expression. Le discours est clair, bien organisé, principalement centré sur ses plaintes. L'expertisé fait l'effort d'être attentif tout au long de l'entretien, pouvant donc maintenir son focus d'attention. Les capacités de raisonnement sont préservées. On ne relève pas de troubles de la mémoire, notamment à l'évocation détaillée de son histoire personnelle. Humeur Au début de l'entretien sa mimique revêt un aspect triste et figé, mais l'expertisé devient progressivement plus réactif au cours de la discussion. En fin d'entretien, il se montre même capable de sourire, cela à plusieurs reprises. Il verbalise des ruminations négatives, concernant lui-même et son existence. Il estime avoir raté cette dernière. L'inhibition est marquée par une aboulie et une anhédonie complète. On ne relève pas de ralentissement vocal, moteur ou idéique franc. Il existerait une idéation suicidaire épisodique, mais sans projet de passage à l'acte. On ne relève pas d'élévation pathologique de l'humeur. Abus de substances Pas de foetor éthylique ni de signe cutané ou autre d'une imprégnation aiguë ou chronique par l'alcool (démarche ébrieuse, dysarthrie, troubles de la vigilance). Pas non plus de signes abusifs d'autres toxiques. Anxiété On ne relève pas de signes de tension physique ou psychique. Pourtant,

l'expertisé se dit anxieux et inquiet concernant sa vie et son avenir, alors que, dans les faits on observe au contraire un certain détachement et peu d'émotions congruentes à ses propos. Il évoque également à de nombreuses reprises son angoisse face à la survenue de nouvelle perte de connaissance. Psychose Pas d'idées délirantes exprimées. Le rapport à la réalité n'est pas distordu. Pas de bizarrerie de l'allure, du comportement, du discours ou de la pensée. Pas de troubles du cours de la pensée. Personnalité Ni l'histoire personnelle ni les constatations objectives ne sont évocatrices d'un trouble de la personnalité préexistant
EXAMENS ET DONNÉES COMPLÉMENTAIRES RAPPORT MEDICAL Rapport du 17.10.2013 aux Drs Hh. _____ et Gg. _____ Mme le Dr K. _____ Cf. annexe.
RESULTATS ET A[N]ALYSE DES QUESTIONNAIRES PSYCHOMETRIQUES

- 22 - Dépression - Au questionnaire de Hamilton concernant la dépression, Monsieur B. _____ cote à 15 (cotation par l'expert), ce qui indique la présence de symptomatologie dépressive d'intensité légère, mais à la limite du moyen (de 8 à 17). Anxiété - Au questionnaire de Hamilton concernant l'anxiété, l'expertisé cote à 12, valeur particulièrement haute qui indique une anxiété mineure (de 6 à 14). [...] Situation actuelle et conclusions : Sur le plan médecine interne, l'évolution est restée stable depuis la précédente expertise médicale du 08.11.2006. Monsieur B. _____ peut se plaindre d'hémicrânes droites de type clairement tensionnel, de malaises répétitifs variables. Il fait état de syncopes à plusieurs reprises, avec éventuelle chute sans épisode postcritique anamnétique et par ailleurs de brèves pertes de contact de quelques minutes, parfois jusqu'à 20 minutes. Enfin, il dit présenter de phénomènes d'anesthésie de l'hémicorps droit à répétition, non forcément associés à des céphalées. Malgré les investigations menées par le Dr V. _____, aucun diagnostic de certitude n'a pu être posé. Monsieur B. _____ a donc interrompu tout suivi et tout traitement destiné à ces céphalées, lesquelles correspondent à des céphalées de tension chronique alors que les malaises restent d'origine indéterminée, probablement posturaux ou psychogènes. Depuis 2009, il n'a, selon ses dires, plus consulté de neurologue et la symptomatologie est restée sans modification. Il n'annonce pas d'affection intercurrente. Nous avons noté qu'il lutte efficacement contre un déconditionnement par la pratique régulière de sport. Il se rend en salle de musculation quatre fois par semaine. Il ressent un bien être en soulevant des barres de 50-55 kg, sept à dix fois consécutivement. Cliniquement, l'examen clinique est remarquablement normal chez un assuré athlétique, en surpoids à 108 kg pour 186 cm. L'examen neurologique s'inscrit strictement dans la norme, sans élément laissant suspecter une atteinte centrale ou périphérique. Cet examen est superposable à celui réalisé le 8 novembre 2006. Dès lors, les mêmes diagnostics sont retenus et les céphalées tensionnelles ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles. Il en est de même des malaises peu spécifiques. Il existe enfin une hypercholestérolémie sans évidemment de limitation fonctionnelle. Sur le plan rhumatologique, les douleurs cervicales et lombaires sont toujours présentes, constantes, augmentées selon les positions et les activités, plutôt diminuées la nuit et avec le Celebrex et/ou le Dafalgan.

- 23 - A l'examen clinique, on note uniquement de discrets troubles statiques avec un dos plat, une diminution de la mobilité du segment cervical et lombaire. Les examens radiologiques montrent des discopathies étagées au niveau cervical en légère aggravation par rapport aux images à disposition de 2005. Au niveau lombaire, les radiographies sont sans particularité hormis la lyse isthmique connue de longue date sans instabilité. En raison de l'apparition d'un noyau d'ostéo-condensation au niveau du haut de la sacro-iliaque droite,

une IRM des sacro-iliaques a été effectuée le 01.11.2013, montrant des remaniements dégénératifs plus marqués à droite avec un gros ostéophyte supérieur. Pas d'autre lésion visible. En conclusion, Mr B._____ présente des cervicalgies chroniques et des lombalgies chroniques depuis plus de 15 ans, avec sur les examens complémentaires uniquement des troubles dégénératifs modérés compatibles avec l'âge et une spondylolyse bilatérale L5 sans signe d'instabilité. Il n'y a pas eu de modification significative depuis l'expertise de 2006, hormis une aggravation des douleurs. Sur le plan fonctionnel, Monsieur B._____ est limité en raison des douleurs principalement dans les travaux lourds de manière répétée, les ports répétés de lourdes charges et les positions prolongées surtout assise. Du point de vue rhumatologique, comme en 2006, en raison des limitations mentionnées ci-dessus, sa capacité de travail est de 50 % dans son activité d'étancheur depuis 2002. En revanche, dans une activité légère, avec possibilité de changer régulièrement de positions, sa capacité de travail est de 100 % depuis 2002. Sur le plan psychique, premièrement la présente évaluation met en évidence un trouble de l'humeur persistant, objectivement d'intensité légère. Ainsi, on observe une diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil. Il cite également des idées de mort, mais sans la présence d'idées de passage à l'acte. Selon l'expertisé, la présence de cette dysphorie remonterait à de nombreuses années, soit à la fin de la guerre du Kosovo (1999) ou encore dans les suites de l'accident subi en 2001. Elle aurait donc toujours été présente à bas bruit, de sorte qu'il faudrait effectivement parler de dépression chronique de l'humeur. L'humeur reste toutefois fluctuante, l'expertisé signale parfois la présence de deux à trois jours, où il se sent bien, où toutes les douleurs corporelles sont également diminuées, voire disparues. Ces éléments psychopathologiques sont évocateurs d'une dysthymie (F 34.1). Il s'agit d'une atteinte sur le plan psychique d'intensité insuffisante pour être à la source d'une incapacité de travail. Deuxièmement, non seulement Monsieur B._____ se plaint de douleurs dans différentes localisations du corps et de céphalées chroniques, mais également de multiples malaises de type perte de

- 24 - contact avec la réalité, perte de la parole, pouvant durer entre quelques secondes jusqu'à plusieurs dizaines de minutes, survenant plusieurs fois par jour (au maximum 5 fois). Il décrit également des malaises plus conséquents, d'allure syncopale, avec chutes, dont le dernier serait survenu en juin 2013, sans témoin. Ces troubles qui se caractérisent par une perte ou une altération de la motricité, des fonctions sensorielles, font penser à un trouble physique et est présenté comme tel par Monsieur B._____, sans pouvoir être rattaché à une affection somatique connue. [II] y a également une absence d'argument d'un trouble somatique. Cette présentation clinique étant compatible avec les critères diagnostics définis dans l'ICD-10 de troubles dissociatifs de la motricité et des sens. Ce trouble est présent depuis 2001, il est incriminé comme une des sources de l'incapacité de travail (par peur de tomber) par l'expertisé, par contre il n'est nullement à l'origine d'un handicap dans son fonctionnement habituel et sa vie quotidienne. Dans ce sens il ne peut être considéré comme source d'incapacité de travail. [...] Les experts ont exposé qu'en raison des cervicalgies et des lombalgies, l'assuré était limité dans les travaux lourds de manière répétée, les ports répétés de lourdes charges, les positions prolongées assis ou debout et qu'il n'y avait pas de limitation sur le plan psychique et mental. Sur le plan social, ils ont mentionné qu'il existerait une perte d'intégration sociale significative selon l'anamnèse. Ils ont estimé que l'assuré pouvait exercer son ancienne activité en évitant les ports répétés de lourdes charges et les travaux lourds répétés avec possibilité de changer de position ou toute

activité plus légère à raison de 50 %, une incapacité de travail de 20 % au moins existant depuis 2002 comme mentionné dans l'expertise de 2006 et le degré d'incapacité de travail n'ayant pas évolué depuis lors. Dans une activité adaptée, ils étaient d'avis que la capacité de travail était entière depuis 2002. Etaient jointes au rapport d'expertise les lettres suivantes :

- 25 - - une lettre du 17 octobre 2013 adressée par la Dresse K. _____ aux experts Hh. _____ et Gg. _____ dont la teneur est la suivante : "Au vu de l'expertise prévue pour le patient susnommé, je me permets de vous faire part de quelques informations concernant l'état de santé somatique de ce patient qui vous apportera les documents radiographiques, IRM, etc. Monsieur B. _____ est suivi par mes soins depuis le mois de juillet 2011 parallèlement avec le rhumatologue, Dresse Kk. _____ de [...]. Le patient souffre de cervico-lombalgies chronique[s] dans le cadre de troubles dégénératifs et statiques (discarthrose prononcée C5- C6-C7 et discrète hernie discale), douleurs persistantes type hémi- corporalgie D et gonalgies mécaniques D et G. En raison de douleurs chronique[s], le patient a été adressé à l'unité de rachis au Centre U. _____ et le Centre O. _____ à [...]. Un traitement AINS et antalgique ainsi que de la physiothérapie ont été prescrits à long terme. Monsieur B. _____ souffre également de migraines ophtalmiques probablement aussi dues à des cervicalgies chroniques. Il a eu un accident sur un chantier en 2001 avec arrêt de travail de longue durée (DrV. _____ au [...] de [...]). Traitement en cours : AINS, Celebrex 200 mg, Dafalgan 1 g. Entre autre, le patient est suivi par mes soins au niveau psychothérapeutique en raison d'état anxio-dépressif chronique, sous traitement d'antidépresseurs. Concernant sa problématique j'ai adressé le rapport au Dr Jj. _____". - une lettre du 14 novembre 2013 de cette praticienne adressée en ces termes à l'expert Jj. _____ : "Je suis [m]édecin traitant de Monsieur B. _____ que vous avez vu dans le cadre d'expertise Centre A. _____ à [...]. Je suis le patient depuis de nombreuses années ceci sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique dans le cadre d'état anxio-dépressif post-traumatique. Le patient bénéficie d'un traitement antidépresseur de Cipralax à raison de 30 mg/j et de Trittico 50 mg à 100 mg pour la nuit en raison de troubles du sommeil majeur[s]. Le patient a vécu de nombreux décès dans la famille ainsi que

- 26 - pendant la guerre au Kosovo avec traumatismes dans l'enfance (circoncision, mutilation des organes génitaux), qui ont eu un impact considérable dans sa vie d'adulte." Dans un avis du 7 février 2014, le Dr Ff. _____ a notamment relevé que les conclusions de cette expertise pluridisciplinaire étaient les mêmes que celles de la précédente en 2007 et qu'il n'y avait donc pas eu d'aggravation de la situation depuis 2002. Le 11 février 2014, l'OAI a écrit à l'assuré qu'il avait droit à des mesures d'orientation professionnelle. Un entretien a eu lieu le 25 février 2014 entre l'assuré et le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. Il résulte du rapport de ce dernier du même jour notamment ce qui suit : "[...] Expertise le 31.1.2014 : Proposition de mesures page 19 avec plan d'action suivant : La possibilité de s'habituer à un rythme de travail – l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social – la mobilisation des ressources existantes. Notre assuré transmet qu'il se sent perdu ne sachant pas toujours où il est (désorienté). Il se plaint plus de ses difficultés de concentration que de ses problèmes physiques. Il fait du fitness tous les jours et cette activité permet « d'envelopper les douleurs qu'il ressent par d'autres qui sont d'origine musculaire ». Il pleure durant l'entretien à l'évocation de ses difficultés. Pour exemple, il est parti pour notre rendez-vous à 7 heures du matin pour être certain d'arriver à l'heure (soit à

10 heures). Il transmet qu'il n'arrive pas à maîtriser son corps. Il ressent des angoisses et de la claustrophobie lorsqu'il conduit une voiture. Il a honte de sa situation. [...] Le spécialiste a en outre observé que l'assuré était centré sur ses problèmes de santé, n'arrivait pas à avoir une vision de l'avenir et pleurait à l'évocation de sa situation. Il disait ne pas arriver à voir le bout du tunnel, espérant aller mieux et dès que cela serait le cas, se sentirait prêt à travailler. Par courrier du 25 février 2014, l'OAI a confirmé la proposition de mesure consistant à bénéficier dans un premier temps de mesures de réinsertion, le taux d'occupation prévu étant au début de deux heures par jour à raison de quatre jours par semaine (correspondant à un taux de

- 27 - 20 %) avec une augmentation progressive pour recouvrer à terme une capacité de travail de 50 % en l'espace de trois mois, puis d'augmenter le taux par la suite. Il a laissé un délai de réflexion jusqu'au 25 mars 2014 à l'assuré pour lui faire part de ses intentions et l'a invité, si nécessaire, à échanger avec ses médecins traitants sur sa proposition. Après avoir rappelé la teneur de l'art. 7 LAI, qui impliquait notamment de participer activement à la mise en œuvre d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, il a informé l'assuré que dans la négative ou sans nouvelles de sa part dans le délai imparti, il recevrait une sommation avec un nouveau délai de réflexion. Le 27 février 2014, la Dresse K. _____ a adressé à l'OAI la lettre suivante : "Me référant à votre correspondance du 6 mars 2014 (sic), je me permets de vous faire part que je n'approuve pas certains points d'expertise concernant le patient susnommé. Comme je l'ai déjà écrit dans ma correspondance du 14.11.2013, j'aimerais rectifié que mis à part ma spécialisation en médecine générale et interne FMH j'ai des droits acquis en psychiatrie qui sont équivalents à une spécialisation en psychiatrie raison pour laquelle je suis le patient susnommé sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique. A mentionner que je suis Monsieur B. _____ sur le plan psychiatrique depuis juillet 2011, préalablement le patient n'a jamais bénéficié d'un traitement psychiatrique malgré la symptomatologie anxiodépressive qui est devenue chronique. L'expert pose le diagnostic de Dysthymie F 34.1 depuis 2011 [recte : 2001]. Troubles dissociatifs de la motricité aux organes des sens F 44.4 depuis 2001. Monsieur B. _____ présente des Troubles dépressifs récurrents F 33.1 épisodes actuels moyens avec syndrome somatique F 33.11, F 40.1. Anxiété généralisée (selon mes observations et le diagnostic que j'ai posé). Vu la polypathologie chronique d'affection sur le plan somatique et psychique qui prédomine et vu la chronicité des problèmes rhumatologique[s] et neurologique[s] ainsi que psychiatrique[s], le diagnostic reste sous réserve. Vu la durée de la maladie qui s'élève à 12-13 ans, le patient est en incapacité de travail à 100 %."

- 28 - Le 31 mars 2014, le premier conseil de l'assuré dans le cadre de la procédure pendante, Assista Protection Juridique SA, a produit la réponse de la Dresse K. _____ à un questionnaire qu'il lui avait adressé et dont il résulte ce qui suit : "1/Est-il exact que vous disposez, hors la spécialisation en médecine générale, d'une spécialisation en psychiatrie ? Oui, mis à part ma spécialisation FMH, médecine générale et interne, j'ai des droits acquis en psychiatrie qui sont l'équivalent de spécialisation en psychiatrie. Je vous joins la correspondance que j'ai adressé[e] au médecin- conseil de l'AI et des médecins qui ont effectué l'expertise pour corriger l'inexactitude. 2/Quel est à l'heure actuelle l'état de santé de Monsieur B. _____, tant sur le plan physique que psychique ? Me référant aux nombreuses expertises qui ont été effectuées sur le plan somatique (neurologique, rhumatologique, orthopédique), Monsieur B. _____ présente des cervicalgies avec céphalées chroniques en raison de troubles dégénératifs de discopathie prononcée au niveau

cervical. Entre autre[s] algies chronique[s] sur tassement L1 post-traumatique d[ues] à l'accident et spondylyolyse isthmique bilatéral[e] (chute sur le dos en 2001). Plusieurs malaises en 2008 et 2009 qui s'inscrivent dans l'affection type épileptique. Le Dr V. _____ à l'époque a instauré le traitement antiépileptique et a conclu à une capacité de travail nulle. D'ailleurs le patient continue de présenter des épisodes d'absence. Monsieur B. _____ a été consulté par de nombreux spécialistes ; la Dresse Kk. _____, rhumatologue, Dresse Ll. _____, neurologue, le Centre O. _____ à [...]. Je suis le patient sur le plan psychiatrique depuis juillet 2011. En tant que psychiatre je ne confirme pas le diagnostic de l'expert pour l'expertise [des] 4 et 7 novembre 2013. Les experts posent le diagnostic de dysthymie depuis 2001. Troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens F 44.4 depuis 2001. Monsieur B. _____ présente des troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels moyens avec syndrome somatique F 33.1 1 et F 40.1. Anxiété généralisée. Depuis toutes ces années, le patient n'a pas été pris en charge sur le plan psychiatrique. J'ai évoqué un traitement psychopharmacologique et prise en charge psychothérapeutique continu inscrit depuis 2011 par mes soins. Vu la polypathologie chronique de l'affection avec prédominance d'affection psychique lié[e] au problème de santé somatique, le diagnostic reste sous réserve. 3/Est-il apte à travailler dans une activité adaptée ? Si oui, à quel pourcentage ? Si non, pour quel(s) motif(s) ?

- 29 - Non, je me réfère au[x] point[s] 1 et 2 et au diagnostic. 4/ Vous est-[il] possible de donner un pronostic sur la capacité de travail future de Monsieur B. _____ ? Si oui, quel est ce pronostic ? Comme je l'ai mentionné dans le point 2, la capacité de travail de Monsieur B. _____ reste sous réserve vu la polypathologie et chronicité de la maladie tantôt (sic) sur le plan somatique que psychiatrique. 5/ Quelles sont vos remarques concernant le rapport d'expertise du Centre A. _____ du 31 janvier 2014 ? Comme mentionn[é] dans le point 1, le diagnostic psychiatrique n'est pas conforme avec mes observations." Dans un avis du 8 avril 2014, le Dr Ff. _____ a maintenu ses conclusions aux motifs que les diagnostics donnés par la Dresse K. _____, énumérés mais sans aucun status clinique détaillé, avaient été pris en compte lors de l'expertise, mais non retenus, aucun élément de la lignée dépressive n'ayant été observé de façon suffisante pour pouvoir justifier une incapacité de travail de longue durée. Il résulte d'une communication interne à l'OAI du 9 mai 2014 qu'il n'y aurait eu aucune mesure permettant de réduire le préjudice économique au vu de l'ensemble de la situation. Ce préjudice a été calculé à 34.71 % compte tenu d'un salaire sans invalidité indexé en 2014 de 86'646 fr. et d'un salaire avec invalidité de 56'571 fr. 27 fondé sur l'ESS 2010, niveau de compétence 1 indexé en 2014 et réduit de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré. Le 29 janvier 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant inférieur au taux de 40 %. Ce projet de décision commence en ces termes : "Suite à la contestation faite à l'encontre du projet de refus d'entrée en matière du 20 avril 2012, nous avons réexaminé le droit à une rente d'invalidité. Nous vous présentons ci-après un projet de décision. Mais avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, vos objections

- 30 - fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. Après écoulement du délai de 30 jours, qui ne peut pas être prolongé, une décision sujette à recours vous sera notifiée." Le 24 mars 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision par l'intermédiaire de son nouveau conseil dans cette procédure, Me

Nordmann, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire. Il a produit une lettre adressée le 12 mars 2015 à son conseil par la Dresse K._____ rédigée en ces termes : "Me référant à votre correspondance du 11.09.2015, je me permets de répondre à vos questions. Je suis Monsieur B._____ sur le plan psychothérapeutique et psychopharmacologique depuis le mois de juillet 2011. Pour rappel, Monsieur B._____ a été victime d'une chute sur son lieu de travail le 20 juin 2001 qui a provoqué des contusions lombaires, arrêt de travail depuis le 4 juillet 2001. Le diagnostic qui a été retenu sur le plan somatique : Cervico-dorso-lombalgies, hernie discale D C3-C4, C4-C5, C5-C7, canal rachidien étroit C4-C7, hernie discale postéro-médiane C4-C5 (IRM en 2002). L'IRM de 2003 met en évidence une volumineuse hernie discale médiane C4-C5 et hernie discale modérée C5-C6, arthrose, myélopathie compressive. Spondylolisthésis L5-S1. Episodes d'hémianesthésies du corps D avec perte de la parole et la connaissance sans chute, évoqué un éventuel foyer épileptogène. Sur le plan psychiatrique au mois de septembre 2001, le Dr Mm._____ (sic), psychiatre a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Le patient a bénéficié d'un traitement AINS, antalgique. A l'époque le patient n'a jamais bénéficié de traitement antidépresseur, anxiolytique ou prise en charge psychothérapeutique. Depuis 2011, Monsieur B._____ est pris en charge par mes soins sous forme de psychothérapie de soutien et de traitement psychopharmacologique ; antidépresseurs, anxiolytiques. Le traitement antidépresseur a permis d'atténuer la symptomatologie anxio-dépressive afin de mieux fonctionner dans la vie quotidienne. J'ai posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique F 33.1, F 40. Anxiété généralisée. J'ai écrit mes observations dans le rapport de l'AI et une lettre à l'intention du

- 31 - médecin conseil de l'AI en date du 27 février 2014 suite à une expertise qui a été effectuée par le Centre A._____. Vu l'absence d'activité professionnelle depuis 14 ans et manque de prise en charge psychiatrique antérieure, j'estime qu'une incapacité de travail de 100 % s'impose pour Monsieur B._____. Pendant toute cette période-là le patient n'a jamais repris une activité professionnelle, aucune réinsertion professionnelle n'a pas été proposée, prise en charge par l'office de l'AI. Le patient a développé durant toutes ces années une symptomatologie anxiodépressive, isolement social, manque de confiance et estime de soi ce qui a amené à des troubles dépressifs chroniques. Vu la longue absence d'activité professionnelle prouve que les troubles psychiques de Monsieur B._____ ont été importants. Vu la fragilité de structure de la personnalité et chronicité de la maladie, le pronostic reste sous réserve." Le 30 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande d'assistance judiciaire gratuite. Dans un avis du 7 avril 2015, le Dr Ff._____ a relevé ce qui suit : "L'assuré conteste notre projet de décision de refus du 29.01.2015 faisant suite au rapport SMR du 07.02.2014. Rappelons qu'il s'agit d'une troisième demande en date du 01.02.2012 sur laquelle nous avons statué en nous appuyant sur les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire du Centre A._____ de fin 2013 (voir cette expertise et avis précédents). A l'appui de cette contestation, le nouveau conseil de l'assuré produit un courrier du médecin-traitant, la Dresse K._____, en date du 12.03.2015. Ce médecin reprend les différentes atteintes somatiques connues dès l'accident initial de 2001 : ces atteintes ont été prises en compte notamment par les deux expertises du Centre A._____ de 2007 et 2013, cette dernière ne mettant en évidence aucun syndrome irritatif ou déficitaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, le médecin-traitant pose un diagnostic différent de celui de l'expert, à savoir un Trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique, mais

comme nous l'avons déjà signalé sur notre précédent avis, il ne peut s'agir que d'une appréciation différente d'une même situation, puisque nous avons cette expertise récente sur le plan psychiatrique fin 2013 qui ne retrouvait pas d'atteinte incapacitante, hormis une dysthymie, avec une humeur fluctuante selon les jours, une intensité légère, et donc pas suffisamment d'éléments pour attester un épisode dépressif incapacitant.

- 32 - En conséquence, les éléments apportés par l'avocat, en l'occurrence le RM de la Dresse K._____, n'apportent rien de nouveau sur le plan médical et ne nous permettent donc pas de nous écarter de notre position du 29.01.2015" Le 9 avril 2015, l'OAI a établi l'acte suivant :

- 33 - "Décision : Refus de rente d'invalidité Maître, Suite à la contestation faite à l'encontre du projet de refus d'entrée en matière du 20 avril 2012, nous avons réexaminé le droit à une rente d'invalidité. Nous vous présentons ci-après un projet de décision. Mais avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. Après écoulement du délai de 30 jours, qui ne peut pas être prolongé, une décision sujette à recours vous sera notifiée. [...] Bases légales Une invalidité dès 40 % ouvre le droit à un quart de rente, dès 50 % à une demi-rente, dès 60 % à trois[-]quarts de rente et dès 70 % à une rente entière (art. 28 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)). Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Cependant, il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)). Résultat de nos constatations : Vous exercez l'activité d'étancheur. Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail depuis 2002. C'est à cette période que débute le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

- 34 - A l'échéance du délai en question, soit en 2003, et après consultation des éléments médicaux et économiques de votre dossier par le Service Médical Régional, force est de constater que votre incapacité de travail est de 50 % dans votre activité habituelle. Toutefois, dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds de manière répétée ; pas de port répété de lourdes charges ; pas de position assise ou debout prolongée), une pleine capacité de travail est raisonnablement exigible, dès 2002 déjà. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalide (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur

centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010., TA1 ; niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2011 (+ 1.00 % ; La Vie économique, tableau B 10.2) puis de 2011 à 2012 (+ 0.80 %) et enfin de 2012 à 2013-2014 (+ 0.70 %), on obtient un revenu annuel de CHF 62'856.96 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 56'571.27
Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 86'646.00

- 35 - avec invalidité CHF 56'571.27 La perte de gain s'élève à CHF 30'074.73 = un degré d'invalidité de 34.71 % Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée.

- 36 - Remarques importantes Moyens de droit Recours peut être formé contre cette décision dans les 30 jours à compter de sa notification. Il sera déposé par écrit et signé à l'adresse suivante Tribunal Cantonal Cour des Assurances sociales Route du Signal 11 1014 Lausanne Adm cant VD Le recours doit contenir un exposé succinct des faits, des motifs et des conclusions et être accompagné de la décision contestée ainsi que des éventuels moyens de preuve. Après écoulement du délai de recours, qui ne peut pas être prolongé, la décision entre en vigueur. [...] A cet acte était jointe une lettre de l'OAI rédigée notamment en ces termes : "Par projet de décision du 20 avril 2012, nous avons refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par M. B. _____ au motif que l'état de fait ne s'était pas modifié depuis la prise de décision précédente. Ce projet de décision a été contesté par le représentant légal de l'époque, soit Assista TCS Protection Juridique. Le dossier médical a été complété par divers rapports-médicaux, dont le plus récent est daté du 12 mars 2015, transmis par vous-même. Après étude de ces divers rapports-médicaux, force est de constater que la contestation ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 20 avril 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé. Nous vous remettons dès lors en annexe une décision identique audit projet contre laquelle il vous est loisible de recourir dans les trente jours auprès de la Cour des Assurances Sociales du Tribunal Cantonal." Le 20 avril 2015, l'assuré a adressé à l'OAI la lettre suivante : "Par votre lettre du 9 avril 2015, vous me présentez une décision de refus de rente d'invalidité du 9 avril 2015 avec une lettre du même jour indiquant que « Notre projet du 20 avril 2012 est fondé et doit être entièrement confirmé ». Il s'agit sans doute d'une erreur de votre part,

parce qu'il y a déjà eu un projet de décision en date du 29 janvier 2015, sur lequel je me - 37 - suis déterminé – en sollicitant l'assistance judiciaire administrative que vous envisagez de refuser au motif de l'absence de complexité du cas sur le plan médical et économique – en date du 24 mars 2015. Le cas n'est manifestement pas si simple que vous le pensez : - Vous faites vous-même apparemment une confusion entre « projet de décision » et « décision », en qualifiant votre lettre du 9 avril 2015, malgré son titre, de « projet » ; - Le projet de décision du 29 janvier 2015 est postérieur de 3 ans à un précédent projet de décision du 20 avril 2012, ce qui nécessitera quelques explications ; - Enfin, il y a des éléments médicaux et économiques nouveaux au dossier. L'objet de la présente est donc double : - Si vous décidez que votre « projet de décision » du 9 avril 2015 est erroné en ce sens qu'il aurait fallu une décision et non un projet, vous êtes invité à émettre ce projet dans les meilleurs délais ; - Mais, en émettant ce projet, il y aura lieu alors de vous déterminer sur les divers points soulevés dans ma lettre du 24 mars 2015 et qui paraît vous avoir complètement échappé, dès lors qu'elle n'est pas évoquée dans votre « projet de décision » du 9 avril 2015." D. Par acte du 12 mai 2015, B._____ a recouru contre la décision du 9 avril 2015 en précisant que c'était par précaution. Il explique avoir reçu de la part de l'OAI une lettre du 9 avril 2015 portant le titre « décision : refus de rente d'invalidité » mais mentionnant au deuxième paragraphe qu'il s'agit d'un « projet de décision ». Le recourant allègue avoir réagi par lettre du 20 avril 2015 en attirant l'attention de l'intimé sur l'erreur commise et en signalant qu'il y avait déjà un projet de décision du

E. 29

septembre 2015 consid. 3 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que 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). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

- 54 - ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 273 consid. 1a et 112 V 371 consid. 2b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 4. a) En l'espèce, lors de la décision antérieure, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie, avait posé les diagnostics de trouble de conversion (F 44) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) sans se prononcer sur la capacité de travail. Les experts du Centre A._____, les Drs Bb._____ et Cc._____, spécialistes en neurologie, respectivement psychiatrie, dans leur rapport d'expertise du 2 février 2007, ont posé les diagnostics de rachialgies cervico-dorso-lombaires secondaires en partie dues à des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires influençant la capacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics de céphalées tensionnelles dans un contexte de fixation psychologique aux symptômes somatiques, de malaises sur troubles

neurovégétatifs/psychogènes et de personnalité à traits caractériels passifs, ces derniers diagnostics étant sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, les experts du Centre A. _____ ont estimé que les troubles statiques et dégénératifs rachidiens mis en évidence aux différents examens radiologiques pouvaient entraîner au maximum une incapacité de travail de 50 % dans la profession d'étancheur mais que dans une activité adaptée ne nécessitant pas un port de charge supérieur à 15 kg en moyenne, un engagement physique lourd et autorisant des changements relativement fréquents de position, la capacité de travail était complète (plein-temps avec un rendement de 100 %). Sur le plan psychiatrique, ils n'ont pas retenu d'incapacité de travail en l'absence d'un tableau dépressif ou régressif manifeste, les

- 55 - traits de caractère passifs et la fixation aux troubles somatiques ne pouvant pas être considérés comme invalidants. b) Lors de l'établissement de la décision attaquée, les experts du Centre A. _____, à savoir les Drs Gg. _____, spécialiste en médecine interne générale, Hh. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et Jj. _____ spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques ainsi que de cervicalgies chroniques, et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1) environ depuis 2001, trouble dissociatif de la motricité et des organes des sens (F 44.4) depuis 2001, céphalées de tension chronique dès 2001, d'obésité et d'hypercholestérolémie. aa) Sur le plan somatique, ils relèvent que l'examen clinique est remarquablement normal chez un assuré athlétique et que l'examen neurologique s'inscrit strictement dans la norme, sans élément laissant suspecter une atteinte centrale ou périphérique, cet examen étant superposable à celui réalisé le 8 novembre 2006. Dès lors, les céphalées tensionnelles ne permettent pas de retenir de limitations fonctionnelles. Il en est de même des malaises peu spécifiques. Ils ont constaté sur le plan rhumatologique que le recourant présentait des cervicalgies chroniques et des lombalgies chroniques depuis plus de 15 ans, avec sur les examens complémentaires uniquement des troubles dégénératifs modérés compatibles avec l'âge et une spondylolyse bilatérale L5 sans signe d'instabilité. Il n'ont pas constaté de modification significative depuis l'expertise de 2006, hormis une aggravation des douleurs, celles-ci entraînant sur le plan fonctionnel, des limitations principalement dans les travaux lourds de manière répétée, les ports répétés de lourdes charges et les positions prolongées surtout assise. Du point de vue rhumatologique, comme en 2006, ils ont retenu en raison des limitations mentionnées ci-dessus, une capacité de travail de 50 % dans l'activité d'étancheur depuis 2002 et de 100 % depuis cette date dans une activité légère, avec possibilité de changer régulièrement de positions.

- 56 - Il n'y a aucun rapport médical émanant de spécialistes mettant en doute ces conclusions. En effet, la Dresse K. _____ mentionne certes des épisodes d'hémianesthésies du corps droit avec perte de la parole et de la connaissance sans chute, évoquant un éventuel foyer épileptogène, mais elle se limite à une hypothèse, laquelle n'est pas documentée. Les différents diagnostics qu'elle indique en outre ne sont pas documentés. En conséquence, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts sur le plan somatique. bb) Sur le plan psychique, les experts du Centre A. _____ ont posé un nouveau diagnostic, à savoir celui de dysthymie. Ils ont expliqué que leur évaluation mettait en évidence un trouble de l'humeur persistant, objectivement d'intensité légère, observant ainsi une diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une perturbation du sommeil. Les experts

ont rappelé que le recourant citait également des idées de mort, mais sans la présence d'idées de passage à l'acte et qu'il faisait remonter la présence de cette perturbation de l'humeur à de nombreuses années, soit à la fin de la guerre du Kosovo (1999) ou encore dans les suites de l'accident subi en 2001. Dès lors qu'elle aurait donc toujours été présente à bas bruit, les experts en déduisent qu'il faudrait effectivement parler de dépression chronique de l'humeur mais que celle-ci reste toutefois fluctuante, le recourant signalant parfois la présence de deux à trois jours, où il se sent bien, où toutes les douleurs corporelles sont également diminuées, voire disparues. Ils précisent en outre qu'au questionnaire de Hamilton concernant la dépression, le recourant cote à quinze, ce qui indique la présence de symptomatologie dépressive d'intensité légère, mais à la limite du moyen (de huit à dix-sept) et qu'au questionnaire de Hamilton concernant l'anxiété, l'expertisé cote à douze, valeur qui indique une anxiété mineure (de six à quatorze). Ils ont en conséquence estimé que les éléments psychopathologiques relevés étaient évocateurs d'une dysthymie, atteinte sur le plan psychique d'intensité insuffisante pour être à la source d'une incapacité de travail.

- 57 - Les experts ont en outre expliqué que les troubles dont se plaint le recourant (douleurs dans différentes localisations du corps, céphalées chroniques, multiples malaises de type perte de contact avec la réalité, perte de la parole, pouvant durer entre quelques secondes jusqu'à plusieurs dizaines de minutes, survenant plusieurs fois par jour, au maximum cinq fois, des malaises plus conséquents, d'allure syncopale, avec chutes, dont le dernier serait survenu en juin 2013), qui se caractérisent par une perte ou une altération de la motricité et des fonctions sensorielles, font penser à un trouble physique et sont présentés comme tel par le recourant, sans pouvoir être rattachés à une affection somatique connue. En l'absence d'argument d'un trouble somatique, ils en concluent que cette présentation clinique est compatible avec les critères diagnostics définis dans l'ICD-10 de trouble dissociatif de la motricité et des sens (F 44.4), ce trouble présent depuis 2001, n'étant nullement à l'origine d'un handicap dans le fonctionnement habituel et la vie quotidienne du recourant et ne pouvant être considéré comme source d'incapacité de travail. Ce diagnostic avait déjà été posé par le Dr P. _____ en 2001 sous une forme plus générale, ce praticien ayant retenu celui de troubles de conversion ou troubles dissociatifs (F 44). Les experts ne retiennent ainsi pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. La Dresse K. _____ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif post-traumatique existant depuis environ une dizaine d'années dans son rapport du 23 février 2012 et dans sa lettre du 14 novembre 2013 à l'expert Jj. _____. Elle expliquait que le recourant avait vécu de nombreux décès dans sa famille ainsi que pendant la guerre au Kosovo avec traumatismes dans l'enfance qui avaient eu selon elle un impact considérable dans sa vie d'adulte. Les experts avaient donc connaissance de ce diagnostic lors de l'expertise. Dans ses courriers ultérieurs, cette praticienne a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents épisode actuel moyen avec syndrome somatique et d'anxiété généralisée. Le 12 mars 2015, elle a indiqué que, vu l'absence d'activité professionnelle depuis 14 ans et le manque de prise en charge

- 58 - psychiatrique antérieure, elle estimait qu'une incapacité de travail de 100 % s'imposait. Aucun des rapports établis par la Dresse K. _____ ne mentionne de status détaillé du recourant. Ses conclusions, qui contredisent celles de tous les médecins spécialistes qui ont examiné le recourant avant elle, ne sont pas documentées comme le relevait à juste titre le Dr Ff. _____. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente de l'état de santé du recourant. Les conclusions de la Dresse K. _____ ne sauraient donc être

suivies. Il en va de même de celles du Dr Q._____. En effet, ce praticien pose le diagnostic de trouble dépressif majeur chronique, épisode actuel moyen. Il évoque toutefois dans l'ensemble les mêmes symptômes que ceux retenus par les experts en ajoutant un trouble de la concentration et de la mémoire. Au status, les experts n'ont toutefois pas constaté un tel trouble. En outre, le Dr Q._____ n'explique pas pourquoi il s'écarte du diagnostic posé par les experts. Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique, il a expressément été écarté par le Dr P._____ qui exposait qu'il n'y avait pas de symptomatologie classique pour un état de stress post- traumatique. Un tel diagnostic n'a d'ailleurs pas été retenu par les divers spécialistes qui ont examiné le recourant par la suite. Le Dr Q._____ ne motive que de manière succincte ce diagnostic et là également ne donne aucune explication quant à ses divergences avec les conclusions des experts. Son avis ne peut dès lors être suivi. Quant aux certificats médicaux établis par la Dresse D._____, ils se limitent à mentionner des incapacités de travail sans autres explications. En conséquence, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations des experts sur le plan psychiatrique. c) En définitive, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique, l'expertise, qui comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et sur l'ensemble du dossier est complète et bien motivée. Le fait que le questionnaire de Hamilton ne soit pas joint en annexe est sans incidence

- 59 - sur sa valeur. Exemptes de contradictions, ses conclusions sont convaincantes et ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Elle a ainsi valeur probante. Aucune aggravation de l'état de santé du recourant n'est par conséquent établie. Force est dès lors de retenir que la capacité de travail du recourant est identique à celle qui était la sienne lors de la précédente décision, à savoir 50 % dans son ancienne activité et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui sont identiques à celles retenues lors de l'expertise de 2006, sa capacité de travail n'ayant par ailleurs pas évolué depuis 2002. d) Dans ces conditions, un nouveau calcul sur le plan économique apparaît superflu. On se limitera donc à observer que le recourant ne critique pas celui effectué par l'OAI et qu'on ne voit aucun motif de s'en écarter.

- 60 - Au vu de ce qui précède, le dossier est complet permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu d'en compléter l'instruction. 5. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. c) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, Me Nordmann a chiffré ses opérations à 16 heures et 95 centièmes et ses débours forfaitaires à 200 francs. La liste des opérations produite a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. C'est ainsi un

montant de 3'051 fr. (16 heures 95 centièmes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les

- 61 - opérations effectuées, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 244 fr. 10, soit 3'295 fr. 10 au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a), étant précisé qu'en l'absence de liste des débours, le conseil juridique commis d'office reçoit une indemnité forfaitaire de 50 fr. pour une affaire transigée avant l'ouverture d'action et de 100 fr. dans les autres cas (art. 3 al. 3 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, c'est donc un montant de 100 fr., TVA à 8 % en sus, soit 8 fr., qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3403 fr. 10 (3'295 fr. 10 + 108 fr.). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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