

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2013

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA; 4, 28, 28a LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 30 janvier 1968, originaire de Serbie, naturalisé suisse depuis le 12 juillet 2006, divorcé et remarié, a travaillé en Suisse auprès de divers employeurs en qualité de monteur électricien sur chantier. Le 8 octobre 2007, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes en annonçant une "fracture du dos" survenue le 24 mars 2007.

Le 24 mars 2007, l'assuré a chuté dans les escaliers de son immeuble. Les premiers soins lui ont été donnés le même jour aux Etablissements Hospitaliers du Nord vaudois (ci-après : eHnv), où la Dresse G. _____ a diagnostiqué une contusion lombaire (suspicion d'une possible fracture de l'apophyse épineuse L5) non confirmée secondairement et attesté une incapacité de travail à 100% du 24 mars au 1^{er} avril 2007. La CNA a pris le cas en charge.

Dans un rapport adressé le 5 juin 2007 au Dr T. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, le Dr C. _____ a exposé notamment ce qui suit :

"Rappel anamnestique

(...) mise en évidence par des investigations effectuées mi-mai 2007, d'une fracture-tassement de D12. Depuis l'accident, le patient est gêné par d'intenses douleurs dorsales basses, irradiant en ceinture, qui n'évoluent pas favorablement. De plus, depuis 3-4 semaines, il signale des paresthésies à type de fourmillements et de picotements, présentes essentiellement la nuit, associées à un sentiment d'impatience des membres inférieurs.

D'un point de vue radiologique, les clichés localisés sur D12, ainsi que l'IRM, mettent en évidence une fracture-tassement cunéiforme de D12 de 50% avec hypercyphose et petite protrusion du mur postéro-supérieur, mais il n'y a pas de compression médullaire.

(...)

Appréciation

Le status neurologique détaillé est rigoureusement normal, en particulier il n'y a pas de syndrome médullaire. De plus, l'IRM a bien mis en évidence une discrète protrusion du mur postéro-supérieur, mais sans aucune répercussion au niveau de la moelle.

Il n'y a donc pas d'élément inquiétant sur le plan neurologique. Compte tenu de la persistance d'importantes douleurs, peut-être qu'il conviendrait de discuter l'indication à une vertébro-plastie ?"

Après un examen de l'assuré, le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a préconisé le 20 juillet 2007 une prise en charge multidisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).

Le Dr T._____ a attesté une incapacité de travail à 100% en juin 2007, puis du 31 juillet 2007 au 30 septembre 2007.

L'assuré a été hospitalisé au CRR du 22 août au 18 septembre 2007. Dans leur rapport de synthèse du 25 septembre 2007, les Drs H._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, et X._____, médecin-assistante, ont exposé notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- *Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)*

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- *Douleurs dorsales basses et à la jonction dorso-lombaire irradiant dans les dernières côtes (M 54.5)*
- *Fracture-tassement du plateau supérieur de D12 le 24.03.2007 (T 91.1)*
- *Discrète myélopathie dorsale basse postérieure secondaire à une discrète contusion médulaire survenue le 24.03.2007 (S 24.1)*
- *Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale à l'origine de l'accentuation de la cyphose médiadorsale (Z 87.3; M 40.2)*
- *Spina bifida occulta S1 (sans signification pathologique) (Q 76.0)*
- *Anomalie transitionnelle lombosacrée (Q 76.4)*

COMORBIDITE

- *Hypercholestérolémie (E 78.0)*

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

(...)

Le consilium psychiatrique du 27.08.2007 ne retient aucun diagnostic. (...)
Le bilan biologique est dans les limites de la norme, hormis une hyperlipidémie que nous proposons de vérifier.

(...)

Un bilan ergothérapeutique montre une indépendance dans les activités de la vie quotidienne.

Au terme du séjour, du point de vue de la rééducation, on ne constate aucun progrès fonctionnel objectif. Du point de vue subjectif, le patient dit marcher et pouvoir se pencher en avant un peu mieux. Il ne note pas de régression de la douleur. Il a toujours autant de crainte de mouvoir le tronc. Le niveau d'anxiété est marqué lorsque la douleur s'accroît. Le handicap fonctionnel auto-évalué pour les activités de la vie quotidienne (Oswestry) est toujours très élevé et le comportement du type "catastrophisation" marqué. Les indicateurs subjectifs étant "dans le rouge", le pronostic en termes de réintégration professionnelle est réservé.

En résumé, du point de vue objectif, la fracture D12 se consolide avec un déficit osseux postéro-médian et s'accompagne d'un trouble statique modéré; il y a une accentuation de la cyphose médio-dorsale en rapport avec des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance et les potentiels évoqués somesthésiques sont compatibles avec une discrète contusion médullaire.

Etant donné que la consolidation de la vertèbre est à un stade avancé et malgré le déficit de substance, nous ne pensons pas qu'une vertébroplastie ou une cyphoplastie soient à même de corriger le trouble statique et/ou de conduire à une régression significative des plaintes et du handicap fonctionnel. Nous ne les proposons pas, mais souhaitons avoir encore l'avis du Dr M._____. (...)

Sur le plan professionnel, M. R._____ pratique le métier de monteur-électricien sur chantiers. De notre point de vue, ce patient ne peut plus reprendre cette activité qui est trop contraignante pour le dos. Nous attestons donc une incapacité de travail totale de longue durée dans cette profession et proposons à l'Agence d'aider le patient à remplir, puis déposer une demande de prestations à l'AI."

Dans un rapport du 5 décembre 2007, le Dr Q._____, médecin-chef au Service des antalgies des eHnv, a estimé que les douleurs présentées par l'assuré étaient assurément liées à la fracture de D12, sans indication en faveur d'une origine neuropathique; outre les suites de la fracture elle-même, il y avait des douleurs issues des contractures musculaires paravertébrales et liées à une charge anormale sur les articulations facettaires postérieures vertébrales dorsales basses, raison pour laquelle ce médecin a instauré un traitement pour tenter de soulager les douleurs, sans toutefois assurer leur disparition.

Le Dr W._____, spécialiste en chirurgie du rachis au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a évalué l'assuré et, dans des courriers des 14 mars 2008, 7 mai 2008 et 22 août 2008, écarté l'indication d'une intervention chirurgicale en proposant la mise en place d'un corset 3 points et une reconversion professionnelle.

Dans un rapport du 9 juillet 2008 au Dr W._____, le Dr J._____ a notamment formulé l'appréciation suivante :

"Actuellement, le patient dit que le corset qui lui a été prescrit le soulage un peu. Il le porte depuis 6 semaines, nuit et jour, sur les recommandations de son médecin traitant. Il est prévu qu'il revoie le Dr W._____ lorsqu'il l'aura porté 3 mois. Le patient a surtout retenu que l'intervention qui lui était proposée était majeure et qu'elle ne lui garantirait pas une indolence, encore moins la possibilité de reprendre son activité antérieure. Il souligne également qu'il est devenu irritable, qu'il a de la peine à dormir la nuit et qu'il est limité dans ses déplacements. Il semble souffrir de son inactivité forcée habitué qu'il était à beaucoup travailler.

(...)

Chez un patient toujours tendu et anxieux, un processus d'invalidation est maintenant bien engagé et il est peu probable qu'on arrive à l'infléchir, quoiqu'on fasse. Dans ces conditions, une chirurgie de stabilisation et de redressement du rachis n'a que très peu de chances d'améliorer le patient, ni à s'investir dans un processus de réadaptation professionnelle."

L'assuré a fait un second séjour du 23 septembre au 28 octobre 2008 auprès du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans leur rapport de synthèse du 18 décembre 2008, les Drs H._____ et K._____, médecin-assistante, ont conclu à une incapacité de travail à 100% de manière définitive dans la profession de monteur-électricien, en constatant notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Douleurs dorsales basses et à la jonction dorsolombaire irradiant dans les dernières côtes (M 54.5)
- Fracture-tassement du plateau supérieur de D12 le 24.03.2007 (T91.1)
- Discrète myélopathie dorsale basse postérieure secondaire à une discrète contusion médullaire survenue le 24.03.2007 (S 24.1)
- Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale à l'origine d'une accentuation de la cyphose médiadorsale (Z 87.3; M 40.2)
- Spina bifida occulta S1 (sans signification pathologique) (Q 76.6)
- Anomalie transitionnelle lombosacrée (Q 76.4)
- Douleurs du poignet droit d'origine non spécifique (M 79.64)

CO-MORBIDITES

- Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21)
- Tabagisme chronique (F 17.2)

(...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

(...)

Un CT-scan du rachis du 10.12.2007 n'a pas montré de changement par rapport à l'IRM du rachis du 17.05.2007, la fracture étant consolidée. Une IRM de la colonne dorsale du 19.03.2008 a montré un remaniement après la fracture, avec un oedème surtout du plateau supérieur de D12 postérieurement.

Un nouvel examen neurologique a été réalisé. Le status est dans les limites normales, si ce n'est une discrète asymétrie des réflexes achilléens, un peu plus vifs à droite qu'à gauche, avec des fluctuations en fonction du relâchement. Cet élément peut s'expliquer par la contusion médullaire à minima remontant à mars 2007. Il n'y a pas d'indice d'atteinte radiculaire ou plexulaire lombosacrée et aucune indication à un nouvel examen ENMG. On retient donc une évolution objectivement favorable d'une discrète myélopathie postérieure dorsale basse, contrastant avec un processus d'invalidation. Les potentiels évoqués sensitifs du tibial postérieur, qui étaient légèrement asymétriques et de latence discrètement augmentée l'an dernier, sont actuellement dans les limites normales.

Dans le cadre du bilan multidisciplinaire, un consilium psychiatrique est réalisé le 25.09.2008, qui met en évidence un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. On relèvera aussi un fond de colère et de revendication par rapport à la prise en charge initiale, ainsi qu'une présentation symptomatique alimentée par des croyances singulières concernant le corps, dans le contexte de la persistance des douleurs, de l'incapacité probable à reprendre l'activité antérieure de monteur-électricien, ainsi qu'en lien avec une séparation conjugale très récente. Dans ce contexte psychologique, toute médication paraît contribuer davantage à l'identité de malade qu'à amener un bénéfice, raison pour laquelle aucune médication psychotrope n'a été prescrite. M. R. _____ a eu quelques séances de relaxation, ainsi que des entretiens auprès de l'une de nos psychologues cliniques, entretiens centrés sur ses croyances. Le patient a été pris en charge en physiothérapie individuelle et en groupe et s'est montré participatif et collaborant. En fin de séjour, le patient déclare ne constater aucune évolution fonctionnelle et sur le plan des douleurs. Objectivement il n'y a pas de progression fonctionnelle significative par rapport à l'entrée. De ce fait, un programme de physiothérapie de reconditionnement n'est plus indiqué après la sortie. On a prescrit au patient une séance de physiothérapie par semaine pour des massages, contribuant au maintien de la qualité de vie.

(...)

M. R. _____ annonce une douleur de la face dorsale du poignet droit, surtout en flexion dorsale forcée et lors des mouvements de rotation, sans douleur au repos. Au status, on constate une petite tuméfaction de la face dorsale du poignet avec épaissement local en faveur d'une petite synovite. Les amplitudes articulaires du poignet sont conservées. La mise en contrainte du poignet déclenche une douleur de la face dorsale de l'articulation radio-ulnaire distale et la manoeuvre de Watson déclenche un ressaut dans le poignet qui est sensible et audible et qui ne paraît pas être un ressaut du scaphoïde. Des RX du poignet effectuées le 22.10.2008

ne montrent pas de lésion osseuse et pas de calcification dans les tissus mous. Dans le contexte du processus d'invalidation et face à ces anomalies peu spécifiques, on propose la réalisation d'une arthro-IRM du poignet droit et une consultation par un chirurgien de la main.

A la demande du patient, des conseils lui ont été fournis concernant l'arrêt du tabac et une substitution nicotinique a été prescrite

M. R. _____ a été évalué au sein de nos ateliers professionnels, où il a travaillé sur des périodes allant jusqu'à quatre heures, pour un travail effectif d'une durée de trois heures, avec un rendement moyen et dans une position alternée assise-debout. Il s'est investi tout en se plaignant souvent. Les déplacements et la vitesse d'exécution se situent en-dessous de la norme. Les performances ne remplissent pas les prérequis pour des mesures professionnelles. Lors de ces quatre semaines, il a tout de même été possible d'augmenter le temps passé en ateliers et le patient a progressé en endurance.

L'incapacité de travail est totale dans l'ancienne profession de monteur-électricien et ceci de manière définitive.

L'intensité élevée de la douleur, le niveau élevé du handicap fonctionnel autoévalué et l'absence d'impact des mesures médicales laissent présager une réintégration professionnelle difficile. M. R. _____ a beaucoup de difficultés à accepter de quitter son domaine de compétences et l'idéal serait qu'il puisse retrouver un travail dans un premier temps à temps partiel dans une activité proche de celle qu'il a toujours exercée. Les multiples auto-limitations ne permettent pas l'utilisation fiable des tests fonctionnels pour déterminer les aptitudes fonctionnelles résiduelles."

Dans un examen médical final du 10 mars 2009, le Dr J. _____ a notamment constaté ce qui suit :

" Actuellement, le patient dit qu'il ne va pas bien. Il a des douleurs lombaires mais aussi du poignet et du coude droits. Il souligne qu'on a dû lui arracher plusieurs dents qui se déchaussaient. Il a également une sensation désagréable dans la région temporale droite. Les douleurs sont continues, également nocturnes. Le patient a de la peine à trouver une bonne position pour dormir. Cette évolution traînante, avec un accident qui remonte maintenant à 2 ans, l'affecte beaucoup moralement.

A l'examen clinique, on retrouve un patient à la thymie abaissée, ralenti et anxieux, qui frappe à nouveau par une kynésiophobie.

Objectivement, on note une accentuation de la cyphose médiadorsale. La musculature para-vertébrale est bien développée. Elle est un peu tendue et légèrement douloureuse à la palpation dans la région de la charnière dorso-lombaire. La mobilité rachidienne est apparemment limitée. La mobilisation s'effectue avec beaucoup de prudence et le rythme lombopelvien est perturbé lors du redressement du tronc. Les changements de position sont difficiles et le patient a un peu de peine à rester assis longtemps. La manoeuvre de Lasègue est totalement indolore. Les réflexes ostéo-tendineux sont très peu vifs mais symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

En ce qui concerne la colonne dorso-lombaire, de nouveaux examens radiologiques n'ont pas été pratiqués.

En revanche, le 4.11.08, on a fait une IRM du coude droit et une arthro-IRM du poignet droit.

L'IRM du coude droit montre une chondropathie de grade IV du versant latéral de l'articulation radio-humérale, tandis que l'arthro-IRM du poignet droit est dans les limites de la norme.

Il n'y a donc pas de lésion qu'on peut rapporter à l'accident.

Si celui-ci laisse des séquelles bien réelles avec une fracture-tassement de D12, s'accompagnant d'une perte de hauteur significative du mur antérieur, déterminant un trouble statique segmentaire relativement marqué, on est à nouveau frappé par le comportement de type « catastrophisation » du patient, contre-indiquant une chirurgie secondaire et ne lui permettant probablement pas d'envisager une réintégration professionnelle dans quelque activité que ce soit.

Du strict point de vue somatique, il est clair qu'on lui reconnaît cependant une pleine capacité de travail dans une activité légère et autorisant des positions alternées.

Par ailleurs, une indemnité pour atteinte à l'intégrité est due."

Le 10 mars 2009, le Dr J. _____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 20%. Par décision du 4 juin 2009, la CNA a reconnu une incapacité de gain de 13% depuis le 1^{er} juillet 2009 et fixé le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'une diminution à l'intégrité de 20%. Par décision du 14 janvier 2010, l'opposition formée le 29 juin 2009 par l'assuré a été rejetée. Par arrêt du 15 août 2011 (AA 11/10 - 95/2011), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition.

B. Par projet de décision du 9 septembre 2009, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il envisageait de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2008 (un an après l'incapacité de travail et de gain à 100% admise depuis le 1^{er} juin 2007) au 30 juin 2009 (soit trois mois après le 10 mars 2009, date du retour à une capacité de travail à 100%). L'OAI a constaté que l'activité habituelle de l'assuré n'était plus adaptée à son état de santé; en revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière dès le 10 mars 2009, l'assuré pouvant exercer par exemple une activité industrielle légère à plein temps. L'OAI a rappelé à l'assuré qu'un stage d'observation en vue d'une réadaptation lui avait été proposé, mais que ce dernier avait fait savoir qu'il se sentait incapable de faire un stage. Dès lors, l'office a procédé à une approche théorique de gain; il a retenu comme salaire de référence celui auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des

activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 4'732 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structures des salaires [ci-après : ESS] 2006, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11 (4'732 fr. x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 32. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+ 1,60%; + 2,07%; + 1,35%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 62'218 fr. 23 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Pour tenir compte des limitations fonctionnelles, l'OAI a retenu un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, qui s'élevait ainsi à 55'996 fr. 40. Dans l'activité exercée auparavant de monteur-électricien et sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu en 2009 un revenu annuel de 60'607 fr., si bien que la différence avec le revenu sans invalidité (55'996 fr.) s'élevait à 4'611 fr., qui traduit un degré d'invalidité de 7,6%. L'OAI a rappelé qu'un degré d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrait pas le droit à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI. En revanche, le droit à une aide au placement restait ouvert à l'assuré, à sa demande.

Par courrier du 19 octobre 2009 de son conseil, l'assuré a contesté le projet de décision en faisant valoir que sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée à l'état de santé était considérablement restreinte et en remettant un certificat médical établi le 1^{er} juillet 2009 par le Dr T._____ attestant un taux de capacité de travail dans une activité adaptée d'environ 50-60%. Dans le certificat médical du 1^{er} juillet 2009, le Dr T._____ a attesté notamment ce qui suit :

"3. L'évolution malgré le traitement conservateur maximal sera défavorable avec un patient qui s'enkistera toujours plus dans une symptomatologie douloureuse dont il ne sortira jamais. Dans ce contexte son taux de capacité de travail dans son ancienne activité d'électricien est totalement nulle. Par contre le patient présente, dans une activité adaptée sans port de charges et avec alternance de position, une capacité de

travail estimée à environ 50-60%. Le patient présentant de profondes douleurs résiduelles, elles vont probablement fortement altérer ses capacités en termes d'efficacité. Le pronostic quant à l'évolution de ce taux pour l'avenir est plutôt défavorable chez un patient qui présente une réaction anxieuse et dépressive de degré moyen à sévère secondaire à ses problèmes."

Dans un avis médical du 25 janvier 2010 du Service médical régional AI (ci-après : SMR), le Dr D._____ a proposé de réaliser une expertise psychiatrique au sujet de l'influence d'une atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail. Cette expertise a été confiée à la Dresse F._____, psychiatre et psychothérapeute, qui a examiné l'assuré le 8 avril 2010. Le rapport déposé le 26 avril 2010 par l'experte contient notamment un examen des documents médicaux, une anamnèse, un exposé des plaintes et données subjectives de l'assuré, le status, le résultat des tests avec la méthode utilisée, en exposant ensuite ce qui suit :

"4. Diagnostics

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM- 10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Aucun sur le plan psychique.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, présent depuis 2007.
- Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2, présent depuis 2008.
- Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.24, présent depuis jeune adulte.

5. Appréciation du cas et pronostic

(...)

Les symptômes dépressifs et anxieux présentés par M. R._____ correspondent selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10) à un trouble anxieux et dépressif mixte, défini comme suit:

Troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses, qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. Ils peuvent s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de certaines manifestations traduisant une anxiété phobique, ces manifestations étant toutefois secondaires ou peu sévères.

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte: Cette catégorie doit être utilisée quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand une anxiété importante est associée à une dépression relativement légère, on doit faire un diagnostic de trouble anxieux ou de trouble phobique. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne doit pas retenir cette catégorie. Si, pour des raisons pratiques, on ne peut faire qu'un seul diagnostic, on doit privilégier le diagnostic de dépression. Les symptômes anxieux et dépressifs doivent s'accompagner, au moins par intermittence, de plusieurs symptômes neurovégétatifs (par ex. tremblements, palpitations, sécheresse de la bouche, gêne épigastrique); on ne doit pas faire un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte quand les manifestations anxieuses (par ex. une inquiétude ou des préoccupations) ne sont pas associées à des symptômes neurovégétatifs. Lorsque les symptômes répondant aux critères du trouble anxieux et dépressif mixte sont étroitement reliés à un événement stressant ou à un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, c'est la catégorie F43.2 (troubles de l'adaptation) qui doit être utilisée.

Les sujets présentant cette association de symptômes relativement mineurs sont fréquemment rencontrés dans le cadre des soins de santé primaire.

Cependant un plus grand nombre encore d'entre eux existent dans la population générale qui ne consultent jamais, que cela soit en médecine générale ou en psychiatrie.

Inclure: dépression anxieuse (légère ou non persistante)

Exclure: dépression anxieuse persistante (voir dysthymie, F34.1).

On ne peut plus retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation évoqué par le Dr [...] en septembre 2008, les symptômes excédant six mois.

L'expertisé se plaint de douleurs intenses et persistantes non expliquées entièrement par un processus physiologique et accompagnées d'un sentiment de détresse. Ces éléments permettent de retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, décrit comme suit dans la CIM-10:

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant: La plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de l'entourage et des médecins.

Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne doit pas être classée ici. Quand une douleur peut être expliquée par un mécanisme physiopathologique connu ou présumé (ce qui est le cas par ex. d'un spasme musculaire ou d'une migraine), mais qu'il existe des arguments en faveur du rôle étiologique de facteurs psychologiques, on doit porter d'une part un diagnostic de F54 (Facteurs psychologiques ou comportementaux

associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs) et d'autre part un diagnostic figurant dans un autre chapitre de la CIM-10, par ex. migraine (G43.-).

Inclure: céphalées psychogènes
dorsalgie psychogène
douleur somatoforme
psychalgie

L'expertisé ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, d'état de stress post-traumatique, de trouble affectif bipolaire, de psychose ou de trouble de la personnalité.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant ne s'accompagne pas d'une affection corporelle chronique ni d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années.

L'intégration sociale est diminuée mais non absente dans toutes les manifestations de la vie. Monsieur a des contacts réguliers avec ses trois beaux-enfants et ponctuellement avec un compatriote.

Des bénéfiques secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement d'un rôle à jouer.

Les divers traitements prescrits ont jusqu'alors échoué sur le plan somatique.

A relever une mauvaise compliance au vu de la non-détection des 2 antidépresseurs (Cipralax et Tryptizol).

Les ressources psychiques et les capacités d'adaptation sont limitées mais non absentes.

Le trouble anxieux et dépressif mixte ne constitue pas une comorbidité psychiatrique d'acuité et de durée importantes.

Au vu de ce qui précède, le syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas incapacitant.

La capacité de travail est entière dans une activité simple. Cependant, le pronostic reste défavorable quant à la reprise d'un emploi en raison de facteurs non médicaux.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Confère avec les médecins somaticiens.

Au plan psychique et mental

Pas de limitation qualitative et quantitative mise en évidence.

Au plan social

Selon l'expertisé, la sociabilité est limitée aux trois beaux-enfants et à un compatriote.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble anxieux et dépressif mixte n'interfèrent pas sur l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité de travail est entière.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à plein temps.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement dans une activité à 100%.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Pas d'incapacité de travail.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Question sans objet en l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble anxieux et dépressif mixte n'empêchent pas une adaptation à un environnement professionnel.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons

Pas de mesure de réadaptation professionnelle à envisager car d'une part la capacité de travail est entière sur le plan psychique et d'autre part, M. R. _____ s'estime dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité. Par conséquent, toute mesure de réadaptation professionnelle paraît vouée à l'échec.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Pas de mesure à proposer car la capacité de travail est entière.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail

Question sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Oui, d'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assuré, sans que l'on n'ait à tenir compte de critère particulier.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (ex. heures par jour) ?

L'activité peut être exercée 8 heures par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas de diminution du rendement dans une activité à 100 %."

Dans un certificat médical adressé le 1^{er} juin 2010 au conseil de l'assuré, le Dr T. _____ a notamment exposé ce qui suit :

"Les termes de mon précédent certificat médical daté du 01.07.2009, déjà en votre possession, demeurent inchangés chez ce patient qui s'enkyste toujours plus dans ses plaintes douloureuses qu'aucun traitement conservateur ne semble possible d'atténuer et pour lesquelles à ce jour aucun traitement chirurgical ne semble indiqué.

A cette difficile situation médicale s'ajoute une douloureuse situation professionnelle, familiale et sociale qui sera parfaitement résumée par le patient qui dira le 27.05.2009 "j'ai tout perdu avec cet accident, ma famille, ma santé et mes dents.

L'ensemble de ces éléments déterminera le développement d'une symptomatologie anxieuse et dépressive sévère qui nécessitera de la fin 2008 à ce jour l'instauration d'un lourd traitement antidépresseur.

A ce titre l'assurance invalidité mandatera la Dresse F. _____ psychiatre qui réalisera une expertise de M. R. _____.

Le 09.02.2010, le patient fera encore une chute avec fracture secondaire de la malléole externe de la cheville gauche de type Weber B qui devra être opérée le 23.02.2010.

Cette nouvelle pathologie traumatique vient évidemment gravement compliquer et surcharger cette déjà hautement difficile situation.

Sous réserve de l'évolution future de cette dernière affection, je pense que le patient demeure apte à tout travail léger sans port de charge à un taux d'environ 50%.

J'ai peur malheureusement qu'il ne s'enkyste dans une grave situation mélangeant symptômes douloureux chroniques et dépressifs, pertes multiples et sentiment d'injustice face à un diagnostic initial hospitalier manqué et que cet enkystement ne favorise des demandes de réparations qui risquent fort de demeurer inassouvies et de plus encore l'enfermer dans sa souffrance."

Dans un avis médical du 21 juin 2010 du SMR, le Dr D. _____ a constaté que l'expertise de la Dresse F. _____ avait pleine force probante et retenait une capacité de travail entière chez l'assuré, l'experte relevant que le pronostic était défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle en raison de facteurs non médicaux, confirmant l'appréciation faite par le Dr J. _____ dans son examen médical final du 10 mars 2009. Dès lors, l'assuré présentait une atteinte à la santé somatique (status après fracture-tassement de D12) qui justifie une

incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de monteur-électricien depuis le 1^{er} juin 2007, selon le Dr J._____. Néanmoins, en l'absence d'atteinte à la santé psychique incapacitante, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée à des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires uniquement (activité légère, autorisant l'alternance des positions), et ceci dès le 10 mars 2009, date de l'examen médical final de la CNA.

Par lettre du 16 juillet 2010, l'OAI a annoncé au conseil de l'assuré qu'il maintenait sa position et enverrait sous peu une décision formelle d'octroi d'une rente limitée dans le temps conforme au projet de décision pour le motif qu'au plan somatique, le certificat peu motivé du médecin-traitant du 1^{er} juillet 2009 n'amenait aucun élément objectif nouveau et reposait surtout sur les plaintes du patient, ne permettant pas de s'écarter de la position de l'assurance-accidents.

Dans un rapport adressé le 8 octobre 2010 à l'OAI, la Dresse N._____ a exposé que l'assuré avait subi un accident le 9 février 2010, soit une fracture de type Weber B cheville gauche, traitée jusqu'au mois de juillet 2010 en ambulatoire, sous réserve d'une hospitalisation du 23 février au 26 février 2010. Ce médecin a posé le pronostic de "diminution des douleurs", indiqué que le traitement consistait en "antalgie per os, physiothérapie" et admis une incapacité de travail à 100% du 9 février 2010 au 1^{er} juin 2010 et une reprise progressive du travail possible (4h/jour immédiatement, puis 8h/jour, la limitation semblant être les douleurs dorsales), au minimum à 50% avec un rendement probablement réduit en raison d'un ralentissement et des difficultés aux changements de position. Il était précisé que ledit rapport ne portait que sur les douleurs de la cheville gauche, les plaintes dorsales n'étant pas prises en compte.

Dans un avis médical du 9 décembre 2010 du SMR, le Dr D._____ a constaté que deux rapports médicaux nouveaux avaient été versés au dossier, à savoir celui du 1^{er} juin 2010 du Dr T._____, qui relevait la survenue d'une fracture de la malléole externe de la cheville gauche en février 2010, opérée, et le rapport médical de la Dresse

N._____ confirmant cette fracture, avec une incapacité de travail totale comme électricien du 9 février 2010 au 1^{er} juin 2010, et avec une reprise progressive exigible suite à la récupération d'une pleine capacité de travail (8h/jour), les seules limitations étant liées aux douleurs dorsales (rapport du 8 octobre 2010). Dès lors, même si l'assuré avait présenté une nouvelle atteinte à la santé en février 2010, celle-ci, de par sa nature et son évolution, n'était pas à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée, en tout cas pas dans une activité légère, telle que retenue dans les avis médicaux précédents. Par conséquent, ces éléments ne modifiaient en rien l'appréciation de l'exigibilité faite dans l'avis SMR du 21 juin 2010.

Par décision du 7 avril 2011, l'OAI a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2008 au 30 juin 2009 et supprimé le droit à la rente dès le 1^{er} juillet 2009 en reprenant les motifs du projet de décision du 9 septembre 2009.

C. Par acte du 26 mai 2011, R._____, par son conseil, a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens qu'un droit à une rente d'invalidité entière lui est reconnu également pour la période ultérieure au 1^{er} juillet 2009, subsidiairement à son annulation. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique à tout le moins) afin de déterminer la capacité de travail exigible compte tenu de son état de santé. Le recourant a fait valoir le taux d'activité de 50 à 60% établi dans le certificat du 1^{er} juillet 2009 du Dr T._____, la capacité de travail à 50% selon le rapport du 8 octobre 2010 de la Dresse N._____, justifié par les seuls troubles à la cheville gauche, et l'incapacité de travail de 50% attestée le 1^{er} juin 2010 par le Dr T._____.

Dans sa réponse du 29 août 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que, selon l'avis médical du SMR du 9 décembre 2010, la nouvelle atteinte à la santé survenue le 9 février 2010 (fracture de la cheville gauche) n'avait pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée dans une activité adaptée exigible.

Par lettre du 7 septembre 2011, le conseil du recourant a confirmé son recours. Sous pli du 22 septembre 2011, il a adressé à la Cour de céans les documents médicaux suivants, qui établissaient selon lui une invalidité ultérieure au 1^{er} juillet 2009 :

- Une lettre adressée le 16 septembre 2011 au conseil du recourant par le Dr M._____, du Service de chirurgie orthopédique de traumatologie de l'appareil moteur et de chirurgie de la main, à Yverdon-les-Bains, qui s'est exprimé comme il suit :

"Je suis évidemment en mesure de répondre à vos questions dans le cadre de ma spécialité FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique osseuse.

M. R._____ a été victime d'un accident avec chute dans les escaliers le 24.03.2007 qui a généré une fracture de D12 qui est suivie dans le service universitaire d'orthopédie et de traumatologie par le Dr W._____.

Il a été victime le 09.02.2010 d'une fracture malléolaire externe de la cheville gauche de type Weber B qui a été traitée le 23.02.2011 par une réduction sanglante et ostéosynthèse par plaque et vis.

La consolidation de la fracture a été acquise et le patient a signalé avant que l'on procède à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse malléolaire externe gauche une tuméfaction du dos du pied. Une IRM a mis en évidence un épaissement du rétinaculum des tendons du muscle tibial antérieur et le fléchisseur commun des orteils sans lésion focale tendineuse. On note également une légère arthrose tibio-astragalienne et péronéo-astragalienne.

Nous avons procédé le 23.03.2011 à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la malléole externe de sa cheville gauche ainsi qu'à la résection du kyste de la gaine du rétinaculum susmentionné.

Les suites ont été marquées par une douleur en regard de la cicatrice qui a permis la résection du kyste et une physiothérapie a été indiquée.

A la consultation du 18.08.2011 le patient mentionne avoir été amélioré. Il persiste des douleurs sous-malléolaires externes et malléolaires internes. L'examen clinique révèle une pigmentation cicatricielle, un petit épanchement tibio-astragalien ainsi qu'une éventuelle inflammation tendineuse des péroniers.

Le patient a été traité par une chondrosupplémentation en raison d'une arthrose débutante post-traumatique tibio-astragalienne ainsi que par une physiothérapie.

Sa capacité de travail est nulle depuis la fracture dorsale prise en charge par le Dr W. _____.

Invalidité psychiatrique importante ?

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question qui ne fait pas partie de ma spécialité chirurgicale orthopédique et de traumatologie osseuse.

Affection corporelle chronique ?

Vraisemblablement oui, suite à la fracture rachidienne susmentionnée suivie par le Dr W. _____ à l'hôpital orthopédique de la Suisse romande.

Processus maladif s'étendant sur plusieurs années durables sans rémission durable ?

Là également ma spécialité ne me permet pas de répondre à ces questions."

- Une lettre adressée le 14 septembre 2011 par le Dr T. _____ au conseil du recourant, qui expose ce qui suit :

"1) Depuis ses 2 fractures présentées en mars 2007 et février 2010, Mr R. _____ s'est totalement enkysté dans une symptomatologie douloureuse de la cheville G ainsi que dorsale à laquelle s'ajoute une symptomatologie douloureuse complémentaire du poignet et du coude droit.

2) L'ensemble de cette évolution avait fait évoquer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

3) L'évolution actuelle de ce dernier apparaît défavorable et résistante à tous les traitements correctement entrepris jusqu'à ce jour et depuis plus de 4 ans chez ce patient chez lequel aucun autre traitement en particulier chirurgical ne s'impose.

4) De plus, la situation psychique du patient se détériore progressivement ces dernières années avec ce jour un patient qui décrit une absence d'envie de vivre, d'occasionnelles envies de mourir et des pleurs fréquents à l'évocation des pertes de sa femme, de sa famille, de son travail et de sa santé.

5) Cette situation détermine un isolement progressif avec des contacts sociaux qui se raréfient et se limitent aux rares visites des enfants de son ex-épouse. A l'occasion de ces visites, le patient ressasse ses plaintes dont il ne semble pouvoir sortir. A l'exception des contacts ci-dessus, il ne voit personne et n'a pu lier un nouveau contact sentimental.

6) L'ensemble du tableau clinique évolutif présenté ce jour associant affection corporelle chronique grave, plaintes chroniques cristallisées depuis de nombreuses années, perte progressive d'intégration sociale et

maladie dépressive sévère secondaire aux nombreux deuils vécus apparaît comme clairement source d'invalidation.

7) A ce propos, les termes de mon précédent rapport daté du 01.06.2010 demeurent valables chez ce patient chez lequel une activité adaptée à 50% devrait être possible et probablement favorable à son évolution future."

Le 18 octobre 2011, l'OAI a transmis à la Cour de céans un avis médical du 11 octobre 2011 du SMR par lequel le Dr D._____ a constaté que le rapport médical du 16 septembre 2011 du Dr M._____ et celui du 14 septembre 2011 du Dr T._____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'exigibilité retenu précédemment par le SMR.

Le 14 novembre 2001, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à la Cour de céans le courrier suivant :

"Après avoir examiné Monsieur R._____, né le 30 janvier 1968, j'ai pu constater les éléments suivants : trouble du sommeil important, thymie effondrée, ralentissement psycho-moteur moyen et une idéation suicidaire fluctuante. D'autre part, j'ai pu constater des troubles de l'attention et de la concentration importants.

Diagnostic : trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques.

Appréciation : Monsieur R._____ a souffert d'un premier épisode dépressif en 2008. Du point de vue psychiatrique (anamnestique), l'état de santé de mon patient s'est péjoré depuis février 2010.

En raison de la symptomatologie psychiatrique susmentionnée, Monsieur R._____ est actuellement dans l'incapacité à 100% d'effectuer une quelconque activité professionnelle."

Par lettre du 8 décembre 2011, se fondant sur un avis médical du 5 décembre 2011 du SMR, l'OAI a constaté que le courrier du 14 novembre 2011 du Dr P._____ ne permettait ni de démontrer une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique, ni d'attester une pleine incapacité de travail; toutefois, il n'était pas possible d'exclure une évolution péjorative, si bien que l'intimé a proposé la mise en œuvre d'un complément psychiatrique par la Dresse F._____.

Dans une lettre du 15 décembre 2011, le conseil du recourant a relevé que les éléments médicaux récents convergeaient vers une incapacité de travail totalement invalidante. Il a produit deux documents médicaux nouveaux.

- Un rapport du 7 décembre 2011 du Dr T. _____ qui exposait notamment ce qui suit :

"Dans mon rapport du 14.09.2011 et dans mon examen de ce jour, je constate depuis 4 années la péjoration progressive de l'ensemble des plaintes et symptômes présentés.

Je relève la résistance de ces plaintes douloureuses et psychiques à tous les traitements médicaux conservateurs correctement entrepris selon les règles de l'art chez ce patient chez lequel aucun autre traitement en particulier chirurgical ne s'impose.

Cette difficile situation associe la présence d'une co-morbidité psychiatrique cristallisée et résistante aux traitements à des affections corporelles chroniques graves en particulier post-traumatique du rachis avec troubles statiques secondaires dont les plaintes vont en s'amplifiant sans jamais changer depuis plusieurs années et sans rémission durable.

L'ensemble de ce tableau est enfin associé à une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie chez cet homme "qui a tout perdu".

C'est dans un tel contexte que l'octroi d'une demi rente associée à une demande d'effort de réadaptation dans un emploi léger adapté à 50% devra pouvoir je l'espère empêcher un processus d'invalidation totale tout en permettant à cet homme de sortir de son isolement physique, psychique et social."

- Un rapport médical du 14 décembre 2011 du Dr V. _____, généraliste, qui expose ce qui suit :

"Le médecin soussigné certifie que Monsieur R. _____, (...) présente actuellement de fortes douleurs parfois insupportables.

Examen L'IRM effectué le 13.12.2011. Confirme :

Tassement - cunéiformisation connue et inchangée de D12 avec une protrusion du mur postéro-supérieur. Présence d'une hernie intra-spongieuse active du plateau supérieur de D12 associée à un œdème de la spongieuse.

A tout cela s'ajoute des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques.

Actuellement il est au bénéfice d'un soutien psychiatrique par le Dr P. _____ (...).

La patiente présente incapacité de travail à 100% dans toute activité."

Le 3 avril 2012, le conseil de l'assuré a produit un rapport établi le 23 mars 2012 par B. _____, ergothérapeute en psychiatrie, qui a fait une évaluation des capacités et incapacités en situation d'activité légère, au terme de laquelle elle a formulé la conclusion suivante :

"D'après mon expérience en psychiatrie, je n'ai pas le sentiment qu'il y a eu une majoration ou une exagération des symptômes durant la réalisation de l'activité. M. R. _____ s'est appliqué tout du long pour obtenir un bon résultat.

La symptomatologie anxieuse et dépressive n'est de loin pas au premier plan dans les difficultés à réaliser l'activité.

D'après mon observation en situation réelle, compte tenu des douleurs constamment ressenties, le taux de capacité de travail exigible, même dans une activité légère (administrative par exemple) avec des adaptations n'est pas possible au-delà d'un 10%. De plus, il faut noter que pour réaliser un rendement normal correspondant à un travail à 10%, M. R. _____ devra mettre environ 5 fois plus de temps qu'une personne en bonne santé, à cause de ses douleurs."

D. Le 1^{er} février 2012, le Juge instructeur a mandaté comme expert la Policlinique Médicale Universitaire, Centre d'expertises médicales, à Lausanne, pour répondre à diverses questions sur les plans psychiatrique et rhumatologique. Les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne, L. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et Z. _____, psychiatre-psychothérapeute et expert médical SIM, ont déposé leur rapport le 3 juillet 2012. Cette expertise comprend notamment un "énoncé du motif de l'expertise" et un "bref extrait du dossier", exposant les étapes de la procédure sur le plan médical et administratif, ainsi qu'un examen des documents médicaux au dossier, un rappel anamnestique (anamnèses familiale, personnelle, systématique, psychosociale et professionnelle, affection actuelle), une description des plaintes de l'expertisé, un descriptif de la vie quotidienne, une histoire assécurologique et un exposé des désirs, projets professionnels et attentes vis-à-vis de l'assurance, les constatations objectives, les examens paracliniques, l'exposé de la consultation de

psychiatrie par le Dr Z._____, la discussion (consilium) au terme de laquelle les médecins exposent notamment ce qui suit :

**"CONSULTATIONS SPECIALISEES
Consultation de psychiatrie du 29.05.2012
(Dr Z._____)**

(...)

Discussion

(...)

Se pose ensuite la question de l'évolution du cas depuis la précédente expertise. De toute évidence, l'expertisé n'a pas réussi à se réinsérer dans le milieu du travail, les plaintes sont restées constantes, même aggravées à mon avis en ce qui concerne la composante dépressive. Dès lors, cette composante dépressive doit actuellement être considérée comme une comorbidité psychiatrique, d'une acuité et d'une durée significatives. L'affection corporelle chronique devra par contre être appréciée par mes confrères somaticiens. Selon l'anamnèse donnée par l'expertisé, la vie sociale et relationnelle s'est peu à peu appauvrie, au point de se résumer actuellement à quelques contacts épistolaires avec un ou deux compatriotes, et il y a lieu de conclure à une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Enfin, vu le discours de l'expertisé constant depuis de nombreuses années, sans capacité d'évolution, sans accès à une conflictualité psychique, avec un expertisé dont l'approche psychiatrique stricte s'est visiblement heurtée à des limitations selon le rapport médical du Dr P._____, qui a ensuite adressé l'expertisé à une ergothérapeute spécialisée en psychiatrie, il y a lieu d'évoquer chez l'expertisé la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de libération du conflit psychique. Bien que l'on puisse émettre des doutes sur la compliance médicamenteuse de l'expertisé (ce qui ne changerait pas significativement l'appréciation, car la plupart du temps, les syndromes somatoformes sont peu, voire pas du tout sensibles au traitement), il faut considérer que le traitement psychiatrique a démontré ses limites, et que l'on se trouve face à une situation faisant état de l'échec des traitements menés lege artis.

L'évaluation chiffrée de la capacité de travail s'avère bien difficile dans cette situation, l'évaluation de l'expertise précédente ne retenant aucune pathologie significative ayant des répercussions sur la capacité de travail. Toutefois, le dossier fait état d'une situation qui se péjore progressivement depuis 2010, avec notamment la prise en charge psychiatrique auprès du Dr P._____, lequel a rédigé un rapport médical en novembre 2011.

De mon côté, j'estime que depuis cette période (début de ce suivi psychiatrique), une péjoration de l'état de santé de l'expertisé peut à mon avis être retenue par rapport à l'expertise psychiatrique précédente.

(...)

DIAGNOSTICS

Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Dorsolombalgies chroniques dans le cadre d'une fracture tassement de D12 le 24.03.2007 sur chute. M48.34
- Syndrome douloureux somatoforme persistant. F45.4
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique. F32.1 1
- Douleurs cheville gauche: status après fracture Weber B le 09.02.2010, traitée par ostéosynthèse le 23.02.2010. M25.57

Diagnosics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Douleurs du coude droit: contexte de chondropathie de grade IV du versant latéral de l'articulation radio-humérale.

APPRECIATION DU CAS

Monsieur R. _____ est un expertisé de 44 ans, d'origine Serbe, divorcé, récemment remarié, sans enfant, arrivé en Suisse en 1998; au bénéfice d'une formation d'électro-technicien dans son pays d'origine, il a exercé divers emplois en Suisse, dont le dernier en date en tant que monteur-électricien sur chantier, travail qualifié de lourd, du 01.03.2006 au 21.06.2007, date de l'introduction d'un arrêt de travail par son médecin traitant, le Dr T. _____, au motif d'une fracture tassement de D12; Monsieur R. _____ avait chuté dans les escaliers à domicile le 24.03.2007 et le diagnostic a été posé tardivement en Serbie par IRM le 07.05.2007. Pris en charge par la SUVA, Monsieur R. _____ va séjourner la première fois à la CRR de Sion en 2007, investigué tant sur le plan rhumatologique, neurologique que psychiatrique ; au terme du séjour, il est conclu à l'absence de progrès objectif, à une consolidation de D12 avec défaut osseux, aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu et une incapacité de travail de longue durée dans l'activité de monteur-électricien sur chantier est attestée.

Monsieur R. _____ dépose une demande de prestations auprès de l'OAI le 18.10.2007, requérant l'octroi d'un reclassement professionnel.

Après prise en charge par le Dr W. _____, médecin adjoint chirurgie du rachis, Hôpital Orthopédique de Lausanne, qui ne retient pas d'indication chirurgicale, Monsieur R. _____ séjourne pour la deuxième fois à la CCR en 2008 (23.09.2008 au 29.10.2008) : le remaniement de D12 après fracture est confirmé par l'IRM, le bilan neurologique est sp et le consilium psychiatrique conclut à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive.

Par décision du 04.06.2009, la Suva clôt le cas, la diminution de la capacité de gain est évaluée à 13% et l'IPAI à 20%; Monsieur R. _____ déclare son opposition à cette décision parle biais de son médecin traitant le 01.07.2009, ce dernier évaluant la capacité de travail résiduelle de son patient de nulle dans l'ancienne activité et de 50 à 60% dans une activité adaptée, mentionnant un état dépressif de degré moyen à sévère.

Par projet de décision du 09.09.2009, l'OAI octroie à l'expertisé une rente AI limitée dans le temps (entière du 01.06.2008 au 30.06.2009) supprimée le 01.07.2009, ainsi qu'à une aide au placement.

Après contestation de ce projet par le biais de son avocat, Me Hofstetter (le médecin traitant ayant mentionné l'existence d'un état dépressif), une expertise psychiatrique a lieu le 26.04.2010 sur mandat du SMR.

Elle est effectuée par la Dresse F._____, psychiatre psychothérapeute FMH, qui ne retient aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail mais un trouble somatoforme douloureux et un trouble anxieux et dépressif jugés sans influence sur la capacité de travail.

L'anamnèse intermédiaire est marquée par une fracture de la cheville gauche le 09.02.2010, ostéosynthésée, considérée comme pathologie transitoire par l'OAI, qui par décision du 07.04.2011, confirme l'octroi d'une rente limitée dans le temps avec aide au placement.

Monsieur R._____ fait recours contre cette décision de l'OAI au Tribunal cantonal le 16.09.2011, Me Hofstetter maintenant la présence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant, s'appuyant sur le rapport du Dr M._____, attestant d'une affection corporelle chronique.

Dans ce contexte, le Tribunal cantonal mandate le CEM pour expertise pluridisciplinaire.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur R._____ présente diverses plaintes: de manière prépondérante, des dorsolombalgies chroniques évoluant dans le cadre d'un status après fracture tassement D12, suite à une chute à domicile le 24.03.2007 nous rappellerons que cette fracture n'a pas été diagnostiquée lors d'une consultation en urgence le jour même à l'Hôpital d'Yverdon, ceci après examen clinique et radiologique, mais posé lors d'une IRM en Serbie en mai 2007. Monsieur R._____ fait part de son mécontentement par rapport à l'absence de diagnostic initial.

Les deux séjours de réhabilitation à la CCR de Sion en 2007 et 2008 sont jugés subjectivement inefficaces, les rapports de sortie font également mention de l'absence d'amélioration objective. Actuellement, l'expertisé se plaint de douleurs chroniques, irradiant en ceinture, associées à une sensation subjective de diminution de force, sans chute rapportée. Précisons que deux bilans neurologiques exhaustifs ont été effectués à la CCR en 2007 et 2008, avec status neurologique décrit comme normal.

Cliniquement, on note une démarche précautionneuse, de nombreux tests sont refusés par appréhension; on relève des troubles statiques avec cyphose dorsale haute, la mobilisation du rachis est limitée dans tous les plans, la percussion du rachis électivement sensible en région dorsale basse et au niveau de la jonction dorsolombaire; le status neurologique est globalement dans les normes, hormis une hypoesthésie du membre inférieur droit, sans correspondance à un territoire radiculaire. La mobilisation du rachis cervical est complète en passif dans tous les plans.

Le bilan radiologique du rachis dorsolombaire démontre un status inchangé par rapport au comparatif du 29.09.2009, avec un tassement d'environ 50% de la hauteur vertébrale de D12, sans nouveau tassement apparu. Les murs antérieurs et postérieurs sont alignés, il existe de discrets remaniements dégénératifs inter apophysaires postérieures L5-S1.

Par ailleurs, Monsieur R._____ se plaint mais de manière moindre de douleurs de la cheville gauche, évoluant depuis la fracture Weber B ostéosynthésée le 23.02.2010. Les contrôles radiologiques et cliniques postopératoires sont qualifiés de satisfaisants.

A l'examen clinique, on note des amplitudes articulaires normales, symétriques par rapport à la gauche et la radiographie de contrôle

effectuée en mai 2011 à l'Hôpital d'Yverdon est rassurante, sans trouble dégénératif arthrosique post-traumatique mis en évidence.

Dans le contexte de contrôle récent, nous n'avons pas jugé nécessaire de procéder à des examens radiologiques complémentaires.

De plus, Monsieur R. _____ mentionne des douleurs du coude droit, sans fond douloureux chronique, présentes uniquement au contact d'objets (coudes sur la table). Il attribue cette symptomatologie à l'accident de 2007, vu qu'il n'avait jamais présenté ce type de douleur auparavant.

A l'examen clinique, la mobilité de l'articulation est complète, il n'y a pas de douleur chaleur, tuméfaction, uniquement une sensibilité à la pression de la tête de l'olécrâne. Une IRM, complétée par arthro-IRM, a eu lieu le 04.11.2008, premier examen montrant une chondropathie de stade IV du versant latéral de l'articulation radio-humérale, second examen décrit dans les limites de la norme.

Par ailleurs, les douleurs du poignet droit, souvent mentionnées dans le dossier, ne sont plus d'actualité, Monsieur R. _____, ne présentant aucune plainte à ce sujet.

Sur le plan fonctionnel ostéo-articulaire, au vu des dorsolombalgies évoluant dans le cadre d'une fracture tassement de D12 et des douleurs de la cheville suite à une fracture malléolaire, il s'agit de reconnaître les limitations fonctionnelles suivantes: activité légère, position assise-debout alternée, pas de port de charge supérieur à 7 kg, pas de marche prolongée.

De son parcours de vie, nous relevons une enfance passée au sein d'une famille modeste, aîné d'une fratrie de deux garçons; il rapporte une enfance sans particularité, aidant ses parents aux champs dès son jeune âge.

Après une scolarité déroulée sans problème, il effectue une formation d'électro-technicien, avec obtention de diplôme en 1987, et exerce cette activité dans son pays d'origine pendant quelques années.

Il émigre en Suisse en 1998, avec un status de requérant d'asile, débute une activité professionnelle en 2000; il s'est bien intégré dans le milieu professionnel, satisfait de son travail, et se marie la même année avec une femme déjà mère de 3 enfants.

Après séparation du couple en 2008, le divorce est prononcé la même année, Monsieur R. _____ va garder d'excellents contacts avec ses 3 beaux-enfants; il s'est remarié en 2011 avec une femme d'origine bosniaque, sans enfant; si aucune difficulté relationnelle conjugale majeure n'est rapportée, l'expertisé reconnaît la présence d'une irritabilité, décrit des manifestations d'agressivité envers son épouse, qu'il rattache à son état de santé.

De manière générale, il précise à de multiples reprises que sa vie « a basculé » depuis l'accident de 2007.

Sur le plan psychiatrique, à l'examen clinique, l'expertisé frappe par un visage fermé, la plupart du temps avec une mimique triste; son langage est le plus souvent concret, le discours revenant sur les diverses plaintes somatiques, il ne fait que très peu allusion à la dimension émotionnelle, semblant mal différencier les affects, notamment la tristesse et la colère.

A l'observation structurée selon l'AMDP, on note que la pensée est moyennement inhibée et ralentie, envahie par des ruminations à tonalité dépressive, rétrécie sur différentes plaintes somatiques.

Nous ne relevons pas de symptôme de la lignée obsessionnelle ou compulsive, pas d'idées hypochondriaques, pas de délire de préjudice, pas de troubles de perception type hallucination, ni troubles du moi évidents. Sur le plan affectif, l'expertisé manifeste durant l'entretien une certaine perplexité, avec monotonie et asthénie affective (morosité dans son attitude, son visage et ses propos). La colère exprimée est déclamée avec tristesse et ralentissement psychomoteur.

La thymie est cliniquement abaissée, accompagnée d'idées de dévalorisation (il déclare qu'il « n'est plus rien » depuis qu'il n'est plus capable de travailler).

Il rapporte la présence d'une anxiété psychique, associée à une dysphorie et à une irritabilité qui débouche sur certaines manifestations d'agressivité dans le cadre familial; il n'y a par contre pas d'idées noires ou suicidaires actives. A noter encore une sociabilité diminuée, avec importante inhibition et diminution du dynamisme.

Le bilan a été complété par une évaluation selon l'échelle de dépression MADRS, avec score de 30/60. Ce score associé aux éléments anamnestiques susmentionnés nous fait retenir le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique.

De plus, nous retiendrons le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Se pose dès lors la question du diagnostic différentiel avec possible majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Dans le cas de majoration des symptômes, il s'agit d'un patient qui souffre initialement d'une affection physique, dont l'évolution se complique d'un tableau clinique difficilement explicable par l'évolution naturelle de la maladie, dans un climat de déception des soins médicaux reçus, avec revendications incessantes, adaptation d'un statut de « malade », avec en arrière-fond diverses craintes (peur du handicap, de la mort ou de diverses complications).

Si divers éléments de ce type peuvent être relevés chez l'expertisé, qui affiche assez clairement une rancœur par rapport à certains professionnels de la santé (diagnostic somatique non posé au départ) pouvant paraître légitime, l'ampleur des plaintes actuelles s'écarte de ce que l'on serait en droit d'attendre dans ce contexte; effectivement, Monsieur R. _____ semble toujours avoir adhéré aux prises en charge thérapeutiques proposées et même si la compliance médicamenteuse semble avoir été douteuse dans le passé, le dosage de l'antidépresseur effectué le jour de l'expertise se révèle dans les normes; tous ces éléments parlent à l'encontre d'une majoration des symptômes, les personnes souffrant de ce trouble se montrant généralement revendicatrices et non-collaborantes par rapport aux soins proposés.

Dans ce contexte, nous pouvons retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en nous basant sur les éléments suivants : le patient est plutôt intériorisé dans l'expression de ses plaintes, il présente un sentiment de détresse généré par les douleurs, la colère envers le corps médical n'apparaît qu'à l'anamnèse dirigée, les douleurs s'inscrivent dans un contexte psycho-social difficile.

Par ailleurs, nous relevons qu'il présente des facultés introspectives très faibles, fait très régulièrement rencontré chez des personnes présentant des phénomènes de somatisation au sens large.

Par ailleurs, au status psychiatrique, nous relevons des symptômes dépressifs tout à fait caractéristiques, s'exprimant sous forme de tristesse quotidienne, accompagnée de pleurs, anhédonie, dévalorisation de l'image de soi, troubles de la concentration attestés au status. On note également un appétit diminué, un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil; ces symptômes associés à une échelle de dépression MADRS avec un score de 30/60 nous font retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques; cet épisode, de par ses caractéristiques, son acuité et sa durée s'écarte des fluctuations de la thymie habituellement rencontrées dans le cadre du trouble somatoforme douloureux et justifie un diagnostic en tant que tel, comme retenu par Dresse F._____ en 2010; elle qualifiait toutefois à cette époque ce diagnostic de « sans influence sur la capacité de travail ».

Concernant l'évolution depuis la précédente expertise psychiatrique, nous constatons que Monsieur R._____ n'a pas réussi à se réintégrer dans le milieu du travail, les plaintes sont restées constantes, même aggravées en ce qui concerne la symptomatologie dépressive. Actuellement cette composante dépressive doit être considérée comme une comorbidité psychiatrique, d'une acuité et d'une durée significatives.

De plus, la vie sociale et relationnelle s'est peu à peu appauvrie, (limitée à des visites occasionnelles de sa belle-fille et quelques contacts avec des compatriotes) et on peut actuellement évoquer une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Enfin, il y a lieu d'évoquer chez cet expertisé un état psychique cristallisé, au vu d'un discours inchangé depuis plusieurs années, sans capacité d'évolution, ce qui dénote d'un manque d'accès à une conflictualité psychique.

Globalement, après prise en considération des divers avis spécialisés, rhumatologique, psychiatrique, et colloque multidisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail résiduelle exigible de Monsieur R._____ est de 50% dans un emploi adapté, c'est-à-dire activité d'électro-technicien prenant en compte les limitations fonctionnelles sus- et sous-mentionnées, l'ancienne activité lourde d'électricien sur chantier n'apparaissant plus adaptée. Nous retenons une diminution de la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée en tout cas depuis la prise en charge psychiatrique par le Dr P._____, en octobre 2011, puisque ce dernier décrivait une aggravation progressive de l'état psychiatrique depuis 2010.

Nous rejoignons l'avis du médecin traitant, le Dr T._____, qui retenait une capacité de travail résiduelle de 50% et nous nous écartons de l'avis de la Dresse F._____, émis en 2010, la situation sur le plan psychiatrique s'étant aggravée. Le trouble somatoforme auparavant décrit apparaît actuellement fixé, accompagné de comorbidité psychiatrique (état dépressif moyen) ainsi que d'isolement social, et d'état psychique cristallisé, difficilement accessible au traitement psychiatrique entrepris.

REPONSES AUX QUESTIONS

- *Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?*

Actuellement, nous estimons la capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sus- et sous-décrites.

- *A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins ?*

La capacité de travail est diminuée de 25% au moins depuis le 24.03.2007, date de la fracture de D12.

- *Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Dans les faits, l'expertisé a repris son activité professionnelle 1 semaine après l'accident, le dernier jour de travail effectivement mentionné dans le questionnaire pour l'employeur est le 01.06.2007. Son médecin traitant a introduit une activité de travail à 100% le 21.06.2007. Par la suite, après les 2 séjours à la CCR, la capacité de travail a été jugée de nulle dans l'ancienne activité pour une longue durée.

Nous estimons que la capacité de travail est nulle et définitive dans l'ancienne activité de monteur-électricien sur chantier depuis le 24.03.2007, date de l'accident et également nulle dans une activité adaptée dès cette date jusqu'au 30.06.2009 (rente AI à 100%).

De juillet 2009 à octobre 2011, il est difficile de se prononcer, probablement activité exigible de 100% dans une activité adaptée si l'on se réfère à l'expertise de la Dresse F._____. Dès la prise en charge par le Dr. P._____, psychiatre, en octobre 2011, l'activité exigible est de 50% dans une activité adaptée, le Dr P._____, attestant à cette date d'une aggravation de l'état psychiatrique depuis 2010, date de l'expertise psychiatrique de la Dresse F._____.

- *Pronostic (de la capacité de travail) ?*

Le pronostic est mitigé, en raison de la présence d'atteintes somatiques réelles, un trouble somatoforme, associé à une comorbidité psychiatrique sous forme d'état dépressif moyen et d'autres critères défavorables décrits dans le consilium psychiatrique et notre discussion. Subjectivement, Monsieur R._____ envisage difficilement un recyclage professionnel, souhaiterait à tout prix reprendre son ancienne activité, du moment qu'on « puisse le guérir ».

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales?*

Non

Actuellement, Monsieur R._____ bénéficie d'un traitement médical adéquat tant sur le plan somatique par son médecin traitant que par son psychiatre traitant.

- *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?*

Oui, aide au placement.

- *Un reclassement professionnel est-il judicieux?*

Non (si non, pour quelles raisons)

Une tentative de réadaptation a eu lieu par l'OAI en 2009, qui s'est soldée par un échec, l'expertisé estimant à cette époque que ses symptômes constituaient une contre-indication à un recyclage professionnel.

• *Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient):*

Position de travail (debout, assis, etc.) : alternance position assise-debout.
(...)

Port de charges: pas de port de charge régulière > 7kg.

Travaux lourds:
(...)

Autres: trouble somatoforme douloureux, associé à un état dépressif moyen, s'exprimant notamment par des troubles de la concentration, une fatigue, des troubles du sommeil, réduisant son aptitude à soutenir son attention sur une tâche, qu'elle soit physique ou intellectuelle.

• *La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires?*

Non

• *Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté?*
50%.

(...)

Réponse au questionnaire de Maître Gilles-Antoine Hofstetter, avocat

Questions No 1 à 8

Merci de vous référer à l'expertise ainsi qu'aux réponses aux questions décrites ci-dessus.

Question No 9

Y aurait-il lieu de tenir compte d'une diminution de rendement et dans l'affirmative, de quel ordre (en%).

Le taux d'activité exigible retenu de 50% prend déjà en considération une éventuelle baisse de rendement.

Réponse à la question complémentaire de l'OAI

Quels sont les différents taux d'activité de travail successifs de l'assuré depuis sa chute dans les escaliers, du 24.03.2007?

Nous estimons que la capacité de travail est nulle et définitive dans l'ancienne activité de monteur-électricien sur chantier depuis le 24.03.2007, date de l'accident et également nulle dans une activité adaptée dès cette date jusqu'au 30.06.2009 (rente AI à 100%).

De juillet 2009 à octobre 2011, il est difficile de se prononcer, probablement activité exigible de 100% dans une activité adaptée. Dès novembre 2011 au moins, l'activité exigible est de 50% dans une activité adaptée, le psychiatre traitant, le Dr P._____, attestant à cette date d'une aggravation de l'état psychiatrique depuis 2010, date de l'expertise psychiatrique de la Dresse F._____."

Le 29 août 2012, le conseil du recourant a produit un rapport du 14 août 2012 dans lequel le Dr V._____ a notamment constaté qu'au regard de l'aggravation de l'état de santé psycho-physique de longue date, il ne partageait pas l'avis du Dr T._____ mentionnant une éventuelle capacité de travail à 50% dans une activité adaptée car aucune institution ne pourrait engager le recourant vu son état et a certifié une incapacité de travail à 100% dans toutes les activités.

Par lettre du 6 février 2013, l'intimé a confirmé ses conclusions en rejet du recours en se fondant sur un avis médical du 28 janvier 2013 du SMR dans lequel le Dr [...] a constaté que le rapport du 14 août 2012 ne contenait pas d'élément médical de nature à remettre en cause les conclusions étayées de l'expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, la fracture de la cheville le 9 février 2010 avait entraîné une incapacité de travail de 100% du 9 février au 1^{er} juin 2010, puis de 50% dès le 2 juin 2010; l'exigibilité dans une activité adaptée était entière dès le 8 octobre 2010, selon le rapport du 8 octobre 2010 de la Dresse N._____, élément exposé dans l'avis du 9 décembre 2010 de la Dresse D._____ et dont la décision tient compte.

Le 15 février 2013, le conseil du recourant a confirmé sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser dès le 1^{er} juillet 2009 l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant, en particulier si l'estimation de la capacité de travail de ce dernier était correcte.

3. **a)** La demande de rente AI a été déposée le 8 octobre 2007, la décision entreprise rendue le 7 avril 2011 et le recours tend à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée postérieurement au 1^{er} juillet 2009, une telle rente étant accordée par l'intimé du 1^{er} juin 2008 au 30 juin 2009.

b) En matière de droit intertemporel, est déterminant l'état du droit à la date où la décision litigieuse est rendue (cf. ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les arrêts cités).

En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4^e révision de la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA I 7/05 du 17 mai 2005 consid. 2 et I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 4) ou de la 5^e révision de cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

c) Selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits

survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220; 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références).

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

c) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA ; 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir aussi ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars

2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010 consid. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

5. a) L'expertise déposée le 3 juillet 2012 par les médecins de la Polyclinique Médicale Universitaire répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante. Le recourant n'en remet du reste en cause les conclusions que par la production d'attestations médicales établies après le dépôt du rapport du 3 juillet 2012. En revanche, il ne formule aucune critique ni sur le déroulement des examens par les experts, ni sur le contenu du rapport d'expertise, ni sur l'adéquation des conclusions aux constatations qui les fondent. Cette expertise, qui comprend un examen détaillé de tous les documents médicaux antérieurs à son dépôt, orientera donc l'examen de la présente cause, sur le plan rhumatologique et sur le plan psychiatrique. On verra au surplus ci-dessous (consid. 5c) que certaines des pièces produites après le dépôt de cette expertise n'entrent pas en ligne de compte pour statuer sur le présent litige.

b) Du point de vue rhumatologique, l'expertise du 3 juillet 2012 pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques dans le cadre d'une fracture-tassement de D12 et de douleurs à la cheville gauche. Sur le plan ostéo-articulaire, les experts tiennent compte des dorsolombalgies et des douleurs à la cheville pour reconnaître une série de limitations fonctionnelles : activité légère, position assise-debout alternée, pas de port de charges supérieur à 7 kg, pas de marche prolongée. En revanche, ils ne s'opposent pas à la reprise d'une activité lucrative par le recourant et retiennent qu'il était possible de juillet 2009 à octobre 2011 d'exercer un travail à 100% dans une activité

adaptée, la baisse de ce taux d'activité n'étant justifiée postérieurement que par l'aggravation de l'état de santé sur le plan psychique.

Les conclusions des experts rejoignent ainsi l'avis des médecins consultés avant eux. Les rapports de synthèse établis par le CRR les 25 septembre 2007 et 18 décembre 2008 retiennent également l'impossibilité de la reprise d'une activité trop contraignante pour le dos, et ce d'une manière définitive. En revanche, le second rapport du CRR reconnaît, du strict point de vue somatique, une pleine capacité de travail dans une activité légère et autorisant des positions alternées.

Dans son certificat du 1^{er} juillet 2009, le Dr T. _____, médecin traitant, admet une capacité de travail d'environ 50 à 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le rapport du 8 octobre 2010 dans lequel la Dresse N. _____ constate qu'après la fracture de la cheville gauche justifiant un arrêt de travail du 9 février 2010 au 1^{er} juin 2010, la reprise progressive du travail est possible, à raison de 4 heures par jour d'abord, puis de 8 heures par jour, ajoutant que la limitation semble être les douleurs dorsales. Le 16 septembre 2011, le Dr M. _____ retient une capacité de travail nulle depuis la fracture dorsale. Toutefois, le 7 décembre 2011, le Dr T. _____ préconise à nouveau un effort de réadaptation dans un emploi léger adapté à 50% destiné à empêcher un processus d'invalidation totale. Ces documents médicaux sont ainsi partiellement contradictoires; ils ne permettent de toute manière pas d'invalider le résultat de l'expertise, qui les a examinés et en a tenu compte pour établir ses conclusions, dûment motivées, d'autant qu'il convient de retenir avec retenue les constatations du médecin traitant, en raison de la relation de confiance nouée avec son patient et du fait qu'il ne fait pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Du reste, le médecin traitant a bien noté la détérioration progressive de l'état du recourant sur le plan psychique sur le long terme et cette appréciation trouve appui dans le rapport d'expertise du 3 juillet 2012, l'évaluation étant différente quant au seul moment à partir duquel cette aggravation a eu un impact sur la capacité de travail. Enfin, le rapport du 14 août 2012 du Dr V. _____, qui admet une incapacité de

travail à 100% dans toutes les activités en raison de "l'état de santé psycho-physique de longue date, est trop sommaire pour infirmer les conclusions de l'expertise sur le plan somatique. Dès lors, force est d'admettre que le recourant dispose du point de vue somatique, et en particulier rhumatologique, d'une pleine capacité de travail dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par les experts.

c) Du point de vue psychiatrique, l'expertise du 3 juillet 2012 pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts constatent une majoration des symptômes, en relevant que l'ampleur des plaintes s'écarte de ce que l'on peut attendre dans le contexte d'une affection physique dont l'évolution se complique d'un tableau clinique difficilement explicable par l'évolution naturelle de la maladie. Ils se réfèrent à l'expertise du 26 avril 2010 de la Dresse F._____, lequel a également été établi conformément aux exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante, pour admettre une activité exigible à 100% dans une activité adaptée de juillet 2009 à octobre 2011. De plus, la Dresse F._____ retient le 26 avril 2010 une capacité de travail entière sur le plan psychique pour toute la période précédant la rédaction de son expertise. Le recourant n'a contesté ni la méthodologie, ni le contenu de l'expertise de la Dresse F._____, mais seulement ses conclusions par la production de nouvelles attestations médicales. Ainsi, les deux expertises au dossier parviennent au même résultat quant à l'absence d'invalidité sur le plan psychique pour la période considérée. Toutes deux probantes, les deux expertises au dossier, qui se complètent, ne peuvent être remises en cause ni par les considérations générales formulées le 1^{er} juillet 2009 par le Dr T._____ au sujet de la réaction anxieuse et dépressive de degré moyen à sévère secondaire aux problèmes sur le plan somatique, ni par le nouveau constat identique exposé le 1^{er} juin 2010 par le médecin traitant, ni par les observations de la lettre du 14 septembre 2011 de ce même médecin au

sujet de la détérioration progressive de la situation psychique du recourant au cours des dernières années et son isolement progressif.

Dès lors, le 7 avril 2011, jour où la décision attaquée a été rendue par l'intimé, force est d'admettre que le recourant présentait - ceci jusqu'au mois d'octobre 2011 - une pleine capacité de travail du point de vue psychique, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La suppression du droit à la rente depuis le 1^{er} juillet 2009 était donc justifiée.

d) L'expertise du 3 juillet 2012 admet certes une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée en tout cas depuis la prise en charge psychiatrique par le Dr P._____ en octobre 2011, ce dernier spécialiste décrivant une aggravation de l'état psychiatrique depuis 2010, date du dépôt de l'expertise de la Dresse F._____. Au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus, il n'est toutefois pas possible de tenir compte de la péjoration de l'état de santé du recourant intervenue postérieurement à la date à laquelle la décision attaquée du 7 avril 2011 a été rendue, ce fait nouveau devant faire l'objet d'une nouvelle décision (voir le consid. 3c ci-dessus). Il est également prématuré d'examiner la valeur probante du rapport du 29 août 2012 du Dr V._____ relatif à l'aggravation de longue date de l'état de santé psycho-physique du recourant, cette attestation ne permettant de toute manière pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 3 juillet 2012. Dès lors, le dossier de la cause sera renvoyé à l'intimé en l'invitant à interpeller l'assuré afin de donner à la péjoration avérée de son état de santé la suite utile qu'il convient.

6. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique du recourant.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; 134 V 322 consid. 4.1; 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3, avec les références citées).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

b) En l'espèce, le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son accident du 24 mars 2007. Il est établi que son activité habituelle de monteur électricien sur chantier n'est plus adaptée à son état de santé et qu'il doit dorénavant rechercher une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il convient ainsi de procéder à une approche théorique de la capacité de gain par la méthode de la comparaison des revenus.

La demande de prestations AI pour adultes a été déposée le 8 octobre 2007, si bien que l'ESS 2006 alors en vigueur est applicable. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services); il s'élève à 4'732 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2006, TA1; niveau de qualification 4) pour 40 heures hebdomadaire de travail, qui doit être porté à 4'933 fr. 11 par mois pour tenir compte de la moyenne horaire usuelle dans les entreprises en 2006 (La vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B9.2; ce qui conduit au calcul $4'732 \times 41,7 \text{ heures de travail} / 40$), soit un salaire annuel de 59'197 fr. 32, qu'il faut adapter à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2009 (+1,60%; +2,07%; +1,35%; cf. La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2). Le revenu annuel déterminant se monte ainsi à 62'218 fr. 23 l'année d'ouverture du droit à la rente.

Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, il est correct que l'OAI ait appliqué un abattement statistique (cf. TF 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1) de 10% sur le revenu d'invalidé, qui s'élève donc à 55'996 fr. 40.

La différence entre le revenu annuel professionnellement exigible sans invalidité de 60'607 fr. (revenu de monteur électricien sans invalidité) et le revenu annuel professionnel exigible avec invalidité de 55'996 fr. conduit à une perte de gain de 4'611 fr., qui correspond à un degré d'invalidité de 7,6%. Ce taux n'ouvre le droit ni à un reclassement (20% d'invalidité au moins; art. 17 LAI), ni à une rente d'invalidité (40%

d'invalidité au moins; art. 28 al. 1 LAI). La décision attaquée est ainsi justifiée.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr., à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision du 29 juin 2011 (AJ11.024419), le bénéfice de l'assistance judiciaire a été accordé au recourant aussi sous la forme de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Gilles-Antoine Hofstetter, avec effet au 26 mai 2011. Celui-ci a produit deux listes d'opérations, l'une du 26 septembre 2011 annonçant 15 heures de travail et 81 fr. de débours (opérations du 22 octobre 2009 au 26 septembre 2011), l'autre du 28 février 2013 annonçant 9 heures 24 de travail et 61 fr. de débours (opérations du 5 octobre 2011 au 28 février 2013). La liste du 26 septembre 2011 tient compte d'opérations réalisées entre le 22

octobre 2009 et le 19 avril 2011, à savoir avant la date pour laquelle l'assistance judiciaire a été accordée, si bien que ces dernières opérations ne peuvent être prises en compte, ce qui revient à admettre quelques 8 heures et demie de travail pour la période effectivement couverte. Le nombre d'heures de travail à rémunérer dans le cadre de l'assistance judiciaire se monte donc à 18 heures, chiffre arrondi justifié au regard de la procédure, représentant 3'240 fr. (au tarif de 180 fr. l'heure), auquel il faut ajouter 8% de TVA (259 fr. 20), ce qui conduit à une somme de 3'499 fr. 20. Aux débours totaux de 142 francs, il faut également ajouter la TVA de 8% (11 fr. 36), soit un montant de 153 fr. 35 (chiffre arrondi). Dès lors, le conseil d'office du recourant peut prétendre au paiement d'une somme de 3'652 fr. 55 pour ses honoraires et débours.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 7 avril 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, le dossier lui étant retourné pour suite utile au sens des considérants.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil du recourant R._____, est arrêtée à 3'652 fr. 55 (trois mille six cent cinquante deux francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.

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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :