

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2015

Composition : Mme THALMANN, président
M. Métral et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Georges Reymond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1947, originaire d'ex-Yougoslavie (Serbie), a déposé le 24 mars 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, respectivement d'une rente. Après avoir été notamment préparateur de voitures puis manœuvre dans un garage, il a exercé en dernier lieu la profession de mécanicien d'automobiles indépendant jusqu'à l'incendie accidentel de son garage, le 28 janvier 2002, et n'a pas repris d'activité depuis lors.

Dans un rapport établi le 18 juin 2003, la Dresse C._____, chef de clinique adjointe du Service de Rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation du CHUV, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé dans ce service du 21 février au 7 mars 2002, en raison de lombocruralgies L4 droites déficitaires sur un plan sensitif et réflexe, dans le cadre d'une hernie discale L3-L4 foraminale droite.

Le Dr Q._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré depuis le mois de décembre 1997, a établi un rapport les 4 et 11 juillet 2003, retenant comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de syndrome plurimétabolique avec complications, de hernie discale L3-L4, ainsi que de polyarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche sur capsulite rétractile. Selon ce praticien, qui relevait depuis quelques mois une évolution faisant craindre un syndrome douloureux somatoforme chez un patient qualifié de "très marqué par l'arrêt de son activité professionnelle", la capacité de travail de l'intéressé était nulle dans son activité habituelle de mécanicien depuis son hospitalisation en urgence au CHUV, le 21 février 2002; dans une activité adaptée, soit une activité légère évitant le port de charges, telle que travail à l'établi, il estimait qu'il fallait s'attendre à une diminution de rendement, en raison de l'impotence fonctionnelle de son membre supérieur gauche.

Le 18 juin 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a rédigé un rapport d'enquête économique pour les indépendants, dont il ressort que l'assuré réalisait en 2001 un revenu annuel de 43'390 francs.

Interpellé par l'OAI quant à l'évolution du cas, le Dr Q. _____ a indiqué le 5 novembre 2004 que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50 % à 75 % depuis le 9 février 2004 au plus tôt, mentionnant par ailleurs une diminution de rendement induite également, depuis 2004, par des douleurs au flanc droit - l'intéressé ayant à cet égard fait l'objet, en 1988, d'une thoracotomie droite pour mésenchymome bénin.

La Dresse N. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a établi un rapport le 11 août 2005, retenant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré les diagnostics suivants:

- “• Lombosciatalgies G non déficitaires et lombalgies chroniques, status post lombocruralgies déficitaires sur hernie discale L3-L4 foraminale D
- Status post capsulite rétractile de l'épaule G
- Douleurs hypocondre D en investigations
- Acouphènes G permanents, vertiges”

Selon ce médecin, aucune activité n'était alors exigible de l'intéressé, son état de santé allait s'aggravant.

Dans un rapport établi le 29 septembre 2005, le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a relevé que l'évolution du cas, telle que décrite dans le rapport de la Dresse N. _____, laissait suspecter un trouble somatoforme douloureux persistant, de sorte qu'un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, était indiqué.

Cet examen a été réalisé le 10 mars 2006 par le Dr W. _____ et la Dresse H. _____ du SMR, respectivement spécialiste FMH en

médecine physique et rééducation et psychiatre FMH. Il résulte de leur rapport, établi le 20 juin 2006, notamment ce qui suit :

“DIAGNOSTICS

avec répercussion sur la capacité de travail :

- Aucun.

sans répercussion sur la capacité de travail :

- Status après thoracotomie droite en 1988 pour ablation d'une tumeur du 10ème espace intercostal (mesenchymome bénin).
- Status après lombocruralgies droites en février 2002 sur hernie discale L3-L4 foraminale droite. M54.4
- Status après PSH gauche en juin 2003.M75.1
- Diabète de type II non i[n]sulinodépendant.
- Hypertension artérielle traitée.
- Hypercholestérolémie traitée.
- Surcharge pondérale avec BMI à 30.5.
- Production fictive de symptômes somatiques (F68.1).

APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS

Du point de vue psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 59 ans, d'origine albanaise de Serbie. Issu de 8 ans de scolarité primaire, il n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative dans son pays. Arrivé en Suisse d'une manière définitive en 1978, il travaille comme aide de cuisine, nettoyeur ou manoeuvre dans des garages, jusqu'à ce qu'il se mette à son compte comme garagiste en 1995. Son garage brûle le 29 janvier 2002, l'assuré ne retravaillera plus depuis lors.

L'appréciation psychiatrique met en évidence un assuré vif, dont les plaisanteries rendent le contact agréable. Son état de santé psychique ne fait l'objet d'aucune atteinte pouvant porter préjudice à sa capacité de travail.

Dans le contexte de symptômes douloureux chroniques, l'assuré ne souffre d'aucun trait pré-morbide de la personnalité, d'aucune comorbidité psychiatrique, d'aucune affection corporelle chronique. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale et il ne prend aucun traitement psychotrope. Ses plaintes ne concernent aucune atteinte à la santé qui pourrait être considérée comme invalidante au sens de la LAI.

Du point de vue somatique, il s'agit d'un assuré âgé de 59 ans, albanais originaire de Serbie, en Suisse depuis une trentaine d'années, ayant exercé comme dernière profession celle de garagiste indépendant jusqu'en janvier 2002, date à laquelle son garage a brûlé à la suite d'un incendie accidentel.

Un premier épisode ostéoarticulaire est signalé au mois de février 2002 avec la survenue de lombocruralgies droites de territoire L4 déficitaire. Traitées de façon conservative au CHUV avec une excellente évolution (régression complète de toute la symptomatologie).

L'assuré a présenté aussi une PSH gauche à l'été 2003, objectivé par le Dr N. _____, rhumatologue FMH, sur capsulite rétractile.

Actuellement, les plaintes évoquées par notre assuré sont une douleur au niveau de l'hypocondre droit avec irradiation dans le flanc droit et basithoracique postérieure droite (en regard de la cicatrice d'ablation d'un mésoenchymome bénin du 10ème espace

intercostal). Associé à cette symptomatologie, l'assuré décrit des douleurs lombaires basses à gauche, avec notion de blocages par intermittences et dysesthésie du membre inférieur gauche. Les autres plaintes spontanées sont un sentiment de vertiges de type positionnel associé à des acouphènes, une toux chronique et des céphalées occasionnelles.

L'examen réalisé ce jour au SMR n'a objectivé aucune atteinte d'ordre somatique à caractère invalidant. Le status ostéoarticulaire est parfaitement dans les normes. Nous n'avons objectivé aucune limitation dans les amplitudes articulaires, ni de signe clinique objectif en faveur d'une pathologie ostéoarticulaire significative. Le seul élément probant du status clinique est la production de symptômes vraisemblablement de type factice (l'assuré décrit un souffle coupé nécessitant une position en genuflexion, associé à des mouvements de contorsions de tout le tronc lors des flexions latérales droite-gauche ou des torsions du tronc ceinture bloquée). Sur le plan neurologique, nous n'avons objectivé aucun signe en faveur d'un déficit neurologique hormis une diminution de la pallesthésie au niveau des membres inférieurs en relation avec le diabète présenté par cet assuré. L'examen de médecine générale met en évidence essentiellement une surcharge pondérale avec un BMI à 30.5, chez un assuré par ailleurs présentant une musculature posturale parfaitement conservée voire même athlétique. Dans ce sens, il faut signaler la persistance d'une musculature au niveau des membres supérieurs et un développement important de la musculature du thénar et de l'hypothenar au niveau du membre supérieur droit traduisant la persistance d'une activité physique manuelle.

Le trouble polymétabolique (diabète, hypertension et hypercholestérolémie) n'a pas de caractère invalidant et est tout à fait équilibré actuellement, sous traitement.

En conclusion, sur le plan ostéoarticulaire, cet assuré présente essentiellement des troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire et cervical n'induisant aucune incapacité de travail de longue durée. La pathologie herniaire objectivée par scanner au mois d'avril 2002 a complètement régressé sur le plan clinique.

L'incapacité de travail attestée par le médecin traitant à ce jour n'a pas de fondement organique actuellement.

Les limitations fonctionnelles

En l'absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant, nous pouvons tout au plus édicter des mesures de prévention du rachis dorsolombaire à titre préventif, absence de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, absence de positions statiques debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà de 1h30, absence de positions répétées en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc contre résistance.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Selon le rapport médical établi par la Dr J. N. _____ le 11 août 2005, l'assuré n'a plus de capacité de travail raisonnablement exigible comme garagiste depuis février 2002. La cause de l'arrêt de travail n'est pas médicale, l'appréciation bidisciplinaire de ce jour ne permet de mettre en évidence aucune atteinte à la santé qui pourrait appuyer cette incapacité de travail.

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

Sur la base de notre examen clinique de ce jour, l'étude du dossier médical mis à notre disposition, nous pouvons attester tout au plus d'une incapacité de travail ponctuelle en relation avec les lombosciatalgies droites de février 2002 sur une période de trois à six semaines, de même qu'une incapacité de travail de l'ordre de deux à quatre semaines en relation avec une PSH gauche dans le courant de l'été 2003. En dehors de cette période d'incapacité de travail ponctuelle, cet assuré présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle ou dans toute autre forme d'activité respectant les considérations d'épargne du rachis. L'incapacité de travail attestée aussi bien par le médecin traitant que par la Dr N._____, rhumatologue FMH, n'a pas de fondement d'ordre médical.

Concernant la capacité de travail exigible,

Vu l'absence de pathologie à caractère invalidant, cet assuré présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, pour autant que les considérations d'épargne du rachis lombaire soient respectées. Les diagnostics de troubles métaboliques n'entraînent pas, dans l'état actuel des choses, d'incapacité de travail.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE (GARAGISTE) :100%.

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100%.

Hormis des périodes ponctuelles d'incapacité de février/mars 2002 et de juin 2003."

Par décision du 23 août 2006, confirmant un projet de décision du 14 juillet 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré, au motif que, d'après les conclusions des médecins du SMR, sa capacité de travail était réputée pleine et entière tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité.

P._____ a recouru contre cette décision par acte du 25 septembre 2006, concluant notamment, préalablement, à son annulation à titre préjudiciel pour violation du droit d'être entendu.

Dans sa réponse du 15 décembre 2006, l'OAI a notamment admis n'avoir pas tenu compte, par erreur, de la suspension du délai durant les fêtes judiciaires, en ce sens qu'il avait rendu la décision attaquée avant l'échéance du délai de contestation de son projet de décision du 14 juillet 2006. Il a notamment produit un rapport final du 29 novembre 2006 de la division administrative de l'OAI qui a relevé que la

majorité des tâches d'un mécanicien d'automobiles nécessitaient des positions n'épargnant pas le rachis, notamment en porte-à-faux et en antéflexion du tronc, de sorte que cette activité n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR. Il a dès lors procédé, dans un document interne du 23 novembre 2006 annexé à ce rapport, au détail du calcul du salaire exigible de l'intéressé, aboutissant à un revenu d'invalidé d'un montant supérieur à celui du revenu sans invalidité.

Par jugement du 29 janvier 2007 (cause n° [...]), le Tribunal des assurances a admis le recours et annulé la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'office afin qu'il en complète l'instruction puis rende une nouvelle décision.

B. Le 19 avril 2007, l'OAI a soumis un nouveau projet de décision à l'assuré, dans le sens du rejet de sa demande de prestations. Il a relevé que, compte tenu des limitations fonctionnelles telles qu'arrêtées dans le rapport établi par les médecins du SMR le 20 juin 2006, l'intéressé n'était plus en mesure d'exercer en plein son activité habituelle de mécanicien d'automobiles; en revanche, une pleine capacité de travail était exigible de sa part dans toute activité adaptée à ses limitations. Comparant les revenus avec et sans invalidité tels qu'arrêtés dans le détail du calcul du salaire exigible mentionné ci-dessus, l'OAI a conclu que le revenu d'invalidé auquel l'assuré pouvait raisonnablement prétendre dans une activité adaptée était au moins aussi élevé que celui qu'il aurait pu réaliser sans atteinte à la santé, et qu'il ne présentait de ce chef aucune invalidité au sens de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de sa contestation à ce projet de décision, l'assuré a fait établir une expertise privée, réalisée les 30 novembre 2007 et 11 février 2008 par la Dresse D._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport, établi le 25 février 2008, ce médecin a retenu comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics suivants:

- “1. Lombalgies chroniques sur
- Status après lombo-cruralgie déficitaire au plan sensitif et réflexe sur hernie discale L3-L4 en février 2002
- Status après lombo-sciatalgie non déficitaire à gauche en 2005
- Atteinte dégénérative sous forme d'une discopathie pluri-étagée, prédominant au niveau L3-L4 et d'une arthrose postérieure de L3 à S1
2. Périarthropathie des deux épaules avec récurrence actuelle à droite et status après capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2003
3. Possible syndrome de stress post-traumatique”

Dans son appréciation du cas, la Dresse D. _____ relevait que l'assuré avait très mal vécu l'incendie de son garage en 2002 et qu'il avait ensuite longtemps rêvé de cet événement, dont l'évocation déclenchait encore actuellement des sentiments d'angoisse et de peur. A son avis, l'intéressé avait présenté une atteinte psychique dans les suites de cet incendie, qui n'avait alors pas été évaluée, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique était indispensable. Cela étant, la Dresse D. _____ concluait, s'agissant des atteintes au rachis, à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans son activité habituelle dans un délai de 6 à 8 semaines après l'épisode aigu de février 2002, tout en précisant qu'il lui était impossible de dire pendant quelle durée l'atteinte des épaules, en particulier la capsulite rétractile à gauche, aurait pu le limiter dans son activité habituelle; dans une activité adaptée, soit une activité ne nécessitant ni port de charges, ni mouvements en antéflexion et en rotation du torse, ni mouvements répétitifs des membres supérieurs impliquant le port de charges, et permettant une alternance des positions assise et debout, une capacité de travail de 50 % était exigible de sa part, étant précisé qu'il convenait de tenir compte également du fait que l'assuré avait de la peine à lire en français, qu'il ne savait pas l'écrire, et qu'il avait des difficultés en calcul. Interpellée quant aux éventuels points de divergence entre son appréciation et celle des médecins du SMR, respectivement quant aux motifs de ces éventuelles divergences, la Dresse D. _____ exposait ce qui suit:

“Lors de l'examen de Monsieur P. _____, je n'ai pas eu l'impression qu'il produise des symptômes de type factice.

Une personne présentant une atteinte dégénérative du rachis avec des lombalgies ou même des lombo-sciatalgies récidivantes, peut présenter dans un intervalle peu douloureux une mobilité lombaire quasiment normale, ce qui était le cas lors de l'examen au SMR.

Une personne qui a présenté des périarthropathies de l'épaule gauche et même une capsulite rétractile de l'épaule, peut avoir une musculature supérieure normale, je n'ai par ailleurs pas été frappée par ce développement important de la musculature du thénar et de l'hypothénar au niveau du membre supérieur droit, qui traduirait la persistance d'une "activité physique manuelle".

A la lecture de l'anamnèse psycho-sociale et psychiatrique, je suis étonnée de ne pas trouver de trace de l'incendie de son garage. Il s'agit pourtant d'un événement inhabituel et extraordinaire, pouvant être vécu et ressenti comme traumatisant."

Par courrier du 29 avril 2008, l'assuré, se référant aux conclusions de la Dresse D._____, a fait valoir qu'il y avait d'ores et déjà lieu de lui reconnaître une invalidité de 50 % à compter du mois de février 2003 - soit à l'échéance du délai de carence d'un an dès le début de l'incapacité de travail durable -, et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, "réalisée hors SMR".

Le Dr K._____, médecin-chef adjoint du SMR, s'est déterminé sur l'appréciation et les conclusions de la Dresse D._____ par avis du 18 juin 2008, relevant en premier lieu que les diagnostics retenus par ce médecin n'étaient "pas différents de ceux décrits lors de l'examen bidisciplinaire au SMR", seule l'évaluation de leur impact sur la capacité de travail divergeant. Concernant le diagnostic de possible syndrome de stress post-traumatique, ce médecin observait qu'il était mentionné pour la première fois, l'assuré n'ayant jamais fait état auparavant de symptômes pouvant correspondre à un tel tableau nosologique. Il relevait en outre que selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), le syndrome de stress post-traumatique apparaissait généralement dans les six mois suivant l'accident causal, et évoluait spontanément vers la guérison et que l'examen psychiatrique au SMR n'avait révélé aucune pathologie. Il estimait que le fait que l'assuré n'ait pas parlé de l'incendie au psychiatre n'invalidait en rien l'examen, mais démontrait tout au plus qu'il n'était pas alors préoccupé par cet événement. Le Dr K._____ concluait comme il suit:

“Au vu de ce qui précède, on peut admettre l'incapacité de travail de 50 % comme mécanicien indépendant depuis février 2002, en dehors de courtes périodes d'incapacités totales lors des poussées douloureuses.

En revanche on ne comprend pas pourquoi une activité légère adaptée, épargnant le rachis et les épaules, serait elle aussi frappée d'une diminution de rendement de 50 %. Ceci n'est pas argumenté par la Dresse D._____. Les difficultés de lecture, d'écriture, de calcul et la mauvaise connaissance de la langue française ne sont pas du domaine de l'AI. Nous maintenons par conséquent qu'il persiste une pleine exigibilité dans une activité adaptée.”

Par décision du 7 juillet 2008, l'OAI, faisant siennes les conclusions de ce dernier avis, a confirmé le projet de décision du 19 avril 2007, en ce sens qu'en l'absence de préjudice économique subi par l'assuré du fait de ses atteintes, sa demande de prestations était rejetée faute d'une invalidité.

Par acte du 9 septembre 2008, P._____ a formé recours devant le Tribunal des assurances contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui était octroyée et, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants. Dans le cadre de cette procédure, les rapports suivants ont été produits :

- Un rapport établi le 1^{er} septembre 2008 par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ensuite d'un examen psychiatrique réalisé en août 2008 sur la base des pièces versées au dossier, d'entretiens avec l'assuré et avec l'un de ses fils et d'un entretien téléphonique avec le Dr Q._____, médecin traitant. S'agissant de l'évolution du cas, ce psychiatre a retenu que l'intéressé avait sans aucun doute présenté un état de stress post-traumatique (F43.1) après l'incendie de son garage - dont le contexte répondait bien aux critères nécessaires concernant l'événement traumatisant. La symptomatologie de l'état de stress post-traumatique s'était néanmoins atténuée au fil du temps, ce diagnostic ne pouvant plus être posé à l'heure actuelle au sens strict, et l'expertisé ayant par la suite développé une symptomatologie anxio-

dépressive correspondant à un trouble de l'adaptation (F43.2), réactionnel à son manque progressif de valorisation narcissique et à son état de faiblesse physique progressivement plus limitant. Ce trouble de l'adaptation s'était transformé, depuis environ un an et demi, en état dépressif d'intensité moyenne (F32.1), de par la probable prise de conscience des difficultés existantes, en rapport avec l'affection orthopédique et avec l'aggravation des limitations liées au diabète. A l'heure actuelle, était posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), le Dr L. _____ précisant à cet égard notamment ce qui suit:

"Ils [i.e. les médecins du SMR] font figurer un diagnostic psychiatrique sous forme de « Production fictive de symptômes somatiques F68.1 ». A la lecture du rapport SMR, il semble excessif, voire incorrect, de faire figurer ce diagnostic. En effet, il ne ressort du rapport SMR aucun élément du type de ceux décrits dans la rubrique F68.1 de la CIM-10 (simulation répétée et incohérente de symptômes en l'absence d'un trouble physique, automutilations, investigations et interventions chirurgicales répétées, par exemple). Au contraire, le rapport décrit une personne souriante et collaborante, qui semble exempte de toute pathologie psychiatrique. De surcroît, il n'y a que deux signes sur cinq de non-organicité selon Waddell, selon les examinateurs du SMR, ce qui est un score faible."

[...]

"Le trouble dépressif est diagnostiqué en rapport avec un abaissement général de l'humeur chez le concerné, ainsi qu'une diminution du plaisir et de l'intérêt et une réduction de l'énergie. Alors qu'il a toujours travaillé et qu'il a réussi plusieurs reconversions, l'expertisé n'est plus actif professionnellement depuis six ans. Il n'a plus de contact social, ne participe plus aux activités de son entourage, n'entreprend plus aucune activité de loisir, ni sur le plan physique, ni mentalement.

Une diminution de l'estime de soi et de la confiance est mise en évidence. En disant de lui qu'il est « foutu », l'expertisé montre une nette tendance au rabaissement de sa personne, avec un sentiment de ruine. Il n'a aucun projet pour l'avenir, exprime des idées pessimistes (expulsion de l'assistance sociale et privation du soutien vital). Il ne sait pas où il va.

En cela, son évolution s'est manifestement aggravée puisqu'il semble encore pouvoir se projeter dans l'avenir au moment de l'examen du SMR (cf. status psychiatrique)."

[...]

"Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux évoqué par le Dr Q. _____ en juillet 2003 ne paraît pas pertinent dans ce cas où il

existe des affections physiques qui expliquent l'essentiel des douleurs.

Par contre, ce diagnostic évoqué en 2003 par le Dr Q. _____ semble traduire que le médecin traitant suspectait d'autres facteurs à l'origine de l'incapacité de travail, facteurs qu'il n'arrivait pas à identifier. L'existence d'un état de stress post-traumatique, dont l'expertisé était honteux et qu'il cherchait à contenir face à son médecin traitant, pourrait expliquer ce décalage.”

Le Dr L. _____ concluait qu'il n'était pas exigible de l'assuré qu'il reprenne une activité, les atteintes au niveau somatique, impliquant de fortes limitations sur le plan de la valorisation narcissique, ayant progressivement décompensé son équilibre psychique, déjà mis à rude épreuve par sa vie riche en émotions de toutes sortes et par l'incendie traumatisant de son garage, en janvier 2002. Interpellé quant aux éventuels points de divergence entre son appréciation et celle des médecins du SMR, respectivement quant aux motifs de ces éventuelles divergences, le Dr L. _____ exposait ce qui suit:

“Mon appréciation est différente de celle du SMR.

J'ai pu constater que Monsieur P. _____ retient ses émotions et cherche à présenter l'image d'un homme solide et fort. Il est d'une nature très fière et ne peut se laisser aller à ses émotions qui correspondent probablement à un signe de faiblesse à ses yeux.

Il n'exagère pas ses symptômes, mais il cherche au contraire à en réduire la partie apparente.

Il a traversé des situations éprouvantes sur le plan psychique, tel la mort de plusieurs de ses enfants, ainsi que la guerre dans son pays d'origine. Ces épreuves ont sans doute altéré sa capacité à s'émouvoir, à se laisser aller et à se plaindre en public.

Il est dès lors compréhensible que le SMR, dans le cadre d'une évaluation sommaire, ait perçu une personne souriante et collaborante qui semblait aller bien.

Il faut admettre d'autre part qu'il existe une aggravation progressive de l'état psychique et physique de l'expertisé au cours des deux dernières années.

Monsieur P. _____ s'est très probablement présenté dans un état moins préoccupant au SMR en 2006, que ce n'est le cas en 2008.”

- Un courrier de la Dresse D. _____ adressé au conseil de l'assuré le 8 septembre 2008, dans lequel ce médecin relevait le caractère sommaire

de l'examen psychiatrique effectué le 10 mars 2006 par la Dresse H._____, et mentionnait que, d'après ses connaissances en tant que spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale, le syndrome de stress post-traumatique n'évoluait de loin pas toujours spontanément vers la guérison. Par ailleurs, sur le seul plan somatique, la Dresse D._____ indiquait que, dès lors qu'elle n'avait pas d'argument pour des symptômes factices, son appréciation de la capacité de travail de l'assuré différait de celle des médecins du SMR; elle estimait que la capacité de travail exigible de l'intéressé était de 50 % dans une activité adaptée, "tout en tenant compte des critères non pertinents pour l'assurance-invalidité (âge, mauvaise connaissance de la langue française, difficultés de lecture, d'écriture et de calcul)".

- Un avis établi le 3 novembre 2008 par le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie - psychothérapie, qui relevait, concernant le rapport du Dr L._____, que l'anamnèse, voire l'examen de l'assuré, étaient essentiellement orientés par l'entretien avec son fils, et ne correspondait pas complètement à la présentation et au discours de l'expertisé lui-même; il indiquait ne pas très bien comprendre ce qui motivait cette façon de faire, et se demandait quelles étaient les conséquences assurantielles et jurisprudentielles d'une telle pratique. Par ailleurs, il estimait que le Dr L._____ évoquait "un amalgame de considérations et hypothèses organiques et psychiques, se basant tout à la fois sur son expertise mais aussi sur celle de la Dresse D._____ en date du 25.02.2008" - étant précisé que cette dernière expertise reprenait les diagnostics déjà retenus lors de l'examen réalisé par les médecins du SMR le 10 mars 2006 "agrémentés d'une révélation concernant l'état psychique de l'assuré", révélation qui se trouvait hors du domaine de compétence de l'expert et ne serait pas reprise par le médecin traitant. En outre, selon le Dr T._____, les "hypothèses de travail" du Dr L._____ ne lui permettaient cependant pas de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, puisque l'on ne trouvait nulle part, dans son rapport, de description des limitations fonctionnelles, de pourcentage d'incapacité de travail ni de date de début d'une problématique psychiatrique incapacitante. Enfin, lorsqu'un expert envisageait une symptomatologie non précédemment

traitée par le médecin traitant, il était "classique" qu'il se permette de préciser les orientations thérapeutiques de nature à améliorer la symptomatologie, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Le Dr T._____ concluait en conséquence que le rapport d'expertise établi par le Dr L._____ n'apportait "pas d'éléments convaincants concernant des arguments psychiatriques précis pouvant modifier l'appréciation du SMR concernant la capacité de travail évaluée lors de l'examen rhumatologique et psychiatrique du 10.03.2006".

- Un avis établi le 3 novembre 2008 par le Dr K._____, relatif au courrier du 8 septembre 2008 de la Dresse D._____. Se référant à la CIM-10, il relevait que ni le délai de survenance, ni le passage à un trouble chronique ne permettaient de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique dans le cas d'espèce; au surplus, l'appréciation de l'état de santé psychique du recourant sortait du domaine de compétence de la Dresse D._____. Sur le plan somatique, le Dr K._____ estimait que le courrier en cause n'apportait aucun élément nouveau, respectivement que le status n'était pas contesté, seule l'estimation de la capacité de travail de l'assuré différant d'avec celle retenue par les médecins du SMR. Or, la Dresse D._____ faisait intervenir des facteurs extra-médicaux, tels que l'âge et la durée de l'inactivité. Le Dr K._____ maintenait en conséquence que, sur le plan somatique, l'exigibilité était entière.

- Un avis du 22 décembre 2008 du Dr L._____ relevant en substance que les remarques du Dr T._____ ne portaient pas sur le fond de la problématique, mais uniquement sur des points secondaires. En outre, il estimait que le complément d'anamnèse par l'un des fils du recourant auquel il avait procédé se justifiait en raison des difficultés linguistiques de ce dernier, mais également - et surtout - en raison d'une difficulté d'extériorisation du ressenti et d'une sensibilité narcissique extrême; le discours du fils rendait cohérente et plausible cette situation, alors que l'image dressée par les experts du SMR sur la base de leurs observations comportait des contradictions qui demeuraient inexplicables. Par ailleurs, le Dr L._____ s'étonnait que le Dr T._____ semblait accorder une valeur significative au fait que le Dr Q._____, qui n'était pas psychiatre,

n'ait pas constaté d'état dépressif, infirmant ainsi le diagnostic psychiatrique qu'il avait lui-même posé, en tant que psychiatre. Enfin, il relevait que ses investigations, qui n'étaient pas de simples "hypothèses de travail", lui permettaient bel et bien de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé, mais qu'il n'avait pas voulu fournir des indications précises, dates et pourcentages, qui ne lui avaient pas été demandées; si le SMR avait besoin d'un complément d'information, il le fournirait volontiers.

- Un avis du 8 janvier 2009 de la Dresse D._____, relevant que l'analyse du bilan radiologique, tel que résultant de radiographies récentes, montrait une aggravation de l'atteinte dégénérative, le fait qu'elle avait examiné le recourant presque deux ans après l'examen du SMR pouvant ainsi également expliquer pourquoi elle estimait, en février 2008, l'incapacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Elle a par ailleurs précisé que ce taux d'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était retenu indépendamment de tout facteur psychosocial, la phrase en cause de son écriture du 8 septembre 2008, mal formulée, ayant été mal interprétée par le médecin du SMR.

Par arrêt du 23 mars 2010 (CASSO [...]), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction "par le biais d'une évaluation consensuelle portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique, puis rende une nouvelle décision. Pour ce faire, l'OAI pourra, le cas échéant, s'adresser au Dr L._____ s'agissant des atteintes présentées par le recourant sur le plan psychique, respectivement à la Dresse D._____ s'agissant des atteintes présentées par le recourant sur le plan somatique, lesquels ont d'ores et déjà une connaissance approfondie du cas, et dont les appréciations sont, comme relevé ci-dessus, particulièrement étayées et convaincantes". Elle a en outre relevé ce qui suit :

"Or, les avis respectifs du 3 novembre 2008 rendus par les Drs T._____ et K._____ ne contiennent aucune observation clinique, mais ont bien plutôt pour fonction d'opérer la synthèse des

renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). En l'espèce, on ne voit pas sur quels éléments médicaux, en l'absence d'examen personnel de l'intéressé, les médecins du SMR auraient pu se fonder dans le cadre de leur synthèse pour infirmer les aggravations alléguées par la Dresse D._____ et le Dr L._____, respectivement, le cas échéant, pour dénier toute répercussion sur la capacité de travail du recourant induite par les aggravations en cause, contrairement à l'avis des experts mandatés à titre privé; au demeurant, les Drs K._____ et T._____ ne se sont pas prononcés, à tout le moins pas explicitement, sur les aggravations alléguées, se contentant en substance de retenir, sans pouvoir fonder leur appréciation sur aucune évaluation médicale récente, que les rapports en cause n'apportaient aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du rapport établi le 20 juin 2006 - soit environ de deux ans auparavant. Le grief du recourant, selon lequel ce dernier rapport ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante notamment en raison du fait qu'il n'est plus d'actualité, est ainsi à l'évidence fondé.

bb) Par ailleurs, force est de constater que les appréciations de la Dresse D._____ et du Dr L._____ sont de nature, à tout le moins, à remettre sérieusement en cause les conclusions du rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR, et ce indépendamment même de l'aggravation de l'état de santé du recourant attestée. Ainsi la Dresse H._____ et le Dr W._____ du SMR ont-ils en substance mis les plaintes de l'intéressé sur le compte d'une production fictive de symptôme somatiques (F68.1). Or, le Dr L._____ a exposé de façon convaincante les motifs pour lesquels il paraissait excessif, voire incorrect, de retenir un tel diagnostic, compte tenu des critères posés à ce propos dans la rubrique F68.1 de la CIM-10; la Dresse D._____ n'a pas davantage retenu ce diagnostic, justifiant également par cette divergence le fait que son appréciation de la capacité de travail du recourant différait de celle retenue par les médecins du SMR. La Dresse D._____ a en outre motivé, dans son rapport du 25 février 2008, les points de divergence entre son évaluation et celle de la Dresse H._____ et du Dr W._____, relevant notamment qu'une personne atteinte d'une affection dégénérative du rachis avec des lombalgies ou même des lombo-sciatalgies récidivantes pouvait présenter dans un intervalle peu douloureux une mobilité lombaire quasiment normale, ce qui avait été le cas lors de l'examen au SMR; dans son avis du 18 juin 2008, le Dr K._____ n'a aucunement pris position sur cet argument, non sans admettre l'incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de mécanicien indépendant depuis le mois de février 2002 attestée par la Dresse D._____, et ce en totale contradiction avec le rapport établi le 20 juin 2006 par les médecins du SMR, qui avait conclu à l'absence d'atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, on ne s'explique pas comment les médecins du SMR ont pu retenir des limitations fonctionnelles, fût-ce à titre de mesures de prévention pour préserver le rachis, tout en niant le caractère invalidant des atteintes présentées par l'intéressé, ce qui est également de nature à remettre en cause les conclusions de leur évaluation.

En outre, sur le plan psychiatrique, le rapport établi le 1^{er} septembre 2008 par le Dr L. _____ est autrement plus détaillé, aussi bien sur les plans anamnestique, clinique et diagnostique qu'au niveau de l'appréciation générale du cas, que le volet psychiatrique pour le moins sommaire du rapport bidisciplinaire du SMR. Le Dr L. _____ expose notamment de façon convaincante la personnalité du recourant, singulièrement le fait que ce dernier n'exagère pas ses symptômes, mais cherche au contraire à en réduire la partie apparente, ce qui pourrait expliquer que les médecins du SMR aient perçu une personne souriante et collaborante, qui semblait aller bien; l'évolution du cas depuis l'incendie du garage de l'intéressé, telle que décrite par le Dr L. _____, apparaît également vraisemblable, et le diagnostic posé d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) est motivé de façon probante. A cet égard, il convient de relever que les remarques du Dr T. _____ concernant le rapport du Dr L. _____ ne portent aucunement sur le fond de la problématique, mais s'attachent à des points de détail: on ne saurait ainsi a priori remettre en cause les conclusions de l'expert mandaté à titre privé au motif qu'il a procédé à un complément d'anamnèse par le biais d'un entretien avec l'un des fils du recourant - complément qui apparaissait au contraire pleinement justifié dans le cas d'espèce, compte tenu des difficultés linguistiques et surtout de la personnalité de l'intéressé -, qu'il ne s'est pas prononcé précisément sur l'évolution de la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles (questions qui ne lui étaient pas expressément posées), ou encore qu'il n'a pas émis de proposition thérapeutique. L'avis du Dr L. _____ concernant les remarques du Dr T. _____ apparaît ainsi tout à fait pertinent, avis auquel le Dr K. _____ n'a au demeurant opposé aucun argument dans son dernier avis du 5 février 2009."

C. Dans un rapport du 28 février 2011, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie, a indiqué notamment ce qui suit :

"J'ai pu rencontrer Monsieur P. _____ récemment dans le but d'une introspection détaillée :

- il est évident que l'intéressé a subi plusieurs traumatismes (voir rapport Du Docteur L. _____ du 01.09.2008, page 15, ch 5), le dernier daté du 29.01.2002 (accident-explosion et incendie de son garage où il a failli perdre la vie) ;

suivi d'une résurgence grave des maux connus avec une hospitalisation du 21.02 au 07.03.2002 au service de rhumatologie du CHUV ; tous ces faits n'ont pas concouru à une amélioration tant physique que psychique. Si on retient les diagnostics posés et en regard de l'anamnèse, je remarque que les cliniciens ont toujours recommandé des limitations fonctionnelles, édictées à titre préventif telles que :

- absence de port de charge
- absence de position statique
- absence de positions répétées en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc contre résistance.

Il est indéniable que les affections orthopédiques ont progressé, accouplées sur le plan somatique à un diabète de type II et que, partant, il est actuellement insulinodépendant avec une

polyneuropathie, néphropathie, hypertension artérielle et hypercholestérolémie.

Pour le surplus, je fais miennes les conclusions du Docteur L. _____ (voir son rapport du 01.09.2008, page 15, ch 5) et, à ce jour, on doit reconnaître une aggravation progressive mais notable de l'état psychiatrique et physique ; sous des aspects débonnaires, il y a une grande souffrance !

En l'état et compte tenu du status actuel, je pense qu'il est vain de prévoir une réintégration, l'incapacité de travail étant déjà complète depuis de nombreuses années, c'est-à-dire, déjà depuis l'événement choc de fin janvier 2002, sa valeur résiduelle sur le marché du travail compte tenu de son bagage intellectuel et professionnel permet de dire, sans ambages, qu'il n'y a pas de possibilité de réinsertion pour ce patient.

C'est pourquoi, [je] propose pour éviter de nouveaux examens à répétition, d'admettre, une fois pour tout, qu'en égard à la péjoration de l'état constaté, Monsieur P. _____ subit un grave dysfonctionnement socioprofessionnel pour les motifs abondamment décrits, permettant de conclure à une réduction drastique de la capacité de travail dès mars 2003."

Dans un avis du 9 juin 2011, les Drs J. _____ et K. _____ ont estimé que ce rapport n'avait pas de valeur probante, une expertise pluridisciplinaire externe étant nécessaire.

L'OAI a mandaté comme expert le Dr T. _____ qui a établi son rapport le 30 septembre 2011 et dont il résulte notamment ce qui suit :

"Diagnostics

■ Avec répercussion sur la capacité de travail

Aucun sur le plan psychiatrique

■ Sans répercussion sur la capacité de travail

Dysthymie F34.1

Appréciation du cas :

Assuré de 64 ans, originaire de Serbie, en Suisse depuis 1977, sans antécédent médical significatif antérieurement à 2002, ayant travaillé comme mécanicien dans son propre garage de 2000 à 2002, au bénéfice d'une incapacité de travail attestée médicalement à 100 % depuis janvier 2002, dépose une demande de prestations AI en mars 2003, pour « douleurs lombaires avec hernie discale en 2002, diabète, hypertension », en cours d'instruction après deux décisions du tribunal cantonal des assurances qui renvoient la cause à l'Office invalidité pour reprise de l'instruction. Dans le cadre de cette nouvelle reprise d'instruction, une expertise bidisciplinaire est mandatée, qui nous occupe actuellement.

L'examen psychiatrique du 28 septembre 2011 met en évidence :

- O Les éléments cliniques d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger avec moral bon, sans véritable tristesse ni irritabilité, avec labilité émotionnelle à l'évocation de sa vie en Serbie, avec fatigabilité anamnestique sans trouble de concentration ou de mémoire, avec ruminations existentielles sans idée noires, sans anhédonie, sans repli social, sans qu'il soit possible d'apprécier l'estime de lui-même, sommeil globalement bon, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation avec à raison de 75 % du temps, des moments où il se sent moins bien et sort se promener, à raison de 25 % du temps, des moments il apprécie d'être en famille. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais, la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré.
- O Une absence [de] symptomatologie clinique et anamnestique dépressive incapacitante.
- O Une absence de symptomatologie clinique et anamnestique anxieuse incapacitante.
- O L'assuré fait état d'une aggravation de son état mais, en l'absence de symptomatologie significative constatée, nous pouvons considérer l'absence d'éléments incapacitants antérieurs.
- O Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité.
- O Une symptomatologie algique sans grande intensité ni comorbidité psychiatrique, sans repli social.

Nous avons pris bonne note de l'expertise psychiatrique du docteur L._____, en date du 1^{er} septembre 2008 qui propose, dans son commentaire en page 11

1. dans le premier paragraphe : « il a présenté sans aucun doute un état de stress post-traumatique F43.1 après l'incendie de son garage. Cet état est resté discret, maîtrisé, selon la description que l'expertisé nous donne. Par contre, l'expertisé en a parlé de manière plus libre à la doctoresse D._____, qui décrit de manière précise un état de stress post-pratique. Le contexte de l'accident répond bien aux critères nécessaires pour ce qui est l'événement traumatisant. La symptomatologie de l'état de stress post-traumatique s'est néanmoins atténuée au fil du temps. Tenant compte de la difficulté de

l'expertisé à extérioriser son vécu, il est impossible de se déterminer actuellement sur la sévérité et la durée de l'état de stress post-traumatique. Ce diagnostic ne peut plus être posé actuellement au sens strict, même si Mr P._____ présente encore bien un comportement d'évitement et de l'anxiété lorsqu'il est exposé à des circonstances qui lui rappellent le thème de la mort accidentelle. ». Ce premier paragraphe ne précise pas de signes cliniques attestés concernant l'éventuel stress post-traumatique, il n'en retient que les circonstances ; le tableau aurait été fourni lors de l'expertise de la doctoresse D._____ et nous nous étonnons qu'une expertise sans traducteur puisse approcher des éléments aussi personnels et subtils avec un assuré qui ne parle et comprend que très peu le français ; ces éléments n'auront, en fait, tout au long de l'instruction de ce dossier qui dure depuis 2003, été constatés qu'à une reprise par la seule Doctoresse D._____ qui est la seule aussi à considérer que l'assuré comprend bien les questions (Page 8 de son expertise).

2. nous ne comprenons pas comment le docteur L._____ établit une symptomatologie anxio-dépressive qui « s'est transformé[e] en état dépressif d'intensité moyenne F32.1 », alors qu'il précise que

■ (page 6) « interrogé sur son moral, l'expertisé explique qu'il a perdu le moral il y a une année, soit depuis qu'il a des problèmes sexuels. Selon lui tous ces problèmes sont dus au diabète » ; lors de notre présent examen, l'assuré précise que sa vie sexuelle est suspendue depuis deux ans, soit en 2009.

■ que (page 9) « l'assuré prend un air détendu, ...qu'il cherche à donner une bonne image de lui et qu'il admet finalement avec un sourire poli qu'il a de la peine à comprendre les questions » ; nous confirmons notre point de vue, repris dans le dernier jugement du tribunal des assurances où nous évoquions « des hypothèses de travail », qui ne sont nullement confirmées par le status clinique, sont avant tout appréciées sur le dire du fils de l'expertisé qui, pour le moins se contredit et il est précisé dans ce rapport d'expertise :

- page 8, « avant l'expertisé partait en vacances. Aujourd'hui ce n'est plus le cas. Il est trop stressé.»,
- page 7 : « durant les dernières vacances d'été, il est retourné dans son pays d'origine... »,
- page 13 « l'expertisé ne se livre que lorsque le contrôle sur ses émotions lui échappe, comme cela semble avoir été le cas dans le

cadre de l'expertise D._____. Lors de notre entretien clinique, l'expertisé a su montrer une façade plus forte, comme il le fait face à son médecin traitant, le Dr Q._____, et sa carapace ne s'est effritée brièvement. »; nous ne saurons pas sur quels éléments cliniques repose ce point de vue,

- page 15 « il a traversé des situations éprouvantes sur le plan psychique tel que la mort de plusieurs de ses enfants ainsi que la guerre dans son pays d'origine » ; l'assuré déclare dans le présent entretien qu'il vivait en Suisse pendant la guerre en ex-Yougoslavie,

cette attitude expertale revient à considérer un diagnostic qui ne repose pas sur des éléments cliniques constatés par l'expert ni par les médecins traitants, sans discussion de diagnostic différentiel, sans précision d'évolution et sans traitement proposé et mis en place au décours de l'expertise ; nous ne pouvons suivre cette attitude.

3. Nous maintenons notre surprise qu'un trouble de l'adaptation aggravé dans le sens d'un état dépressif d'intensité moyenne ne motive aucun suivi et aucun traitement psychiatrique susceptible de soulager le patient et d'envisager la réduction du dommage, ce qui est un des points importants de l'Assurance Invalidité ; or le patient n'a jamais bénéficié de traitement psychiatrique, même ultérieurement à l'appréciation du docteur L._____ ; dans son courrier du 22 Décembre 2008, le Dr L._____ affirme qu'un traitement psychotrope antidépresseur amènerait plus d'effets secondaires que d'effets bénéfiques, nous ne comprenons pas sur quoi repose cet apriori, il propose comme traitement qui soulagerait le patient : une reconnaissance de l'existence de ses limitations et de lui rendre un statut de chef de famille digne, malgré ses limitations.

4. Nous réitérons le fait que, dans le volumineux dossier mis à notre disposition, aucun médecin traitant de l'assuré ne fait mention d'une symptomatologie psychiatrique ; cette symptomatologie n'est mentionnée uniquement que par des experts mandatés par l'avocat de l'assuré dans le cadre d'une opposition à la décision, qui examinent l'assuré sans interprète indépendant et, sur le plan psychiatrique sans, comme [nous] l'avons précisé plus haut, préoccupations sur le traitement de l'assuré.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété

généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 28 septembre 2011 ne met pas en évidence d'élément anamnestique et clinique significatif d'un diagnostic incapacitant, susceptible de modification d'appréciation par rapport à l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique SMR du 10 mars 2006.

Sur le plan bidisciplinaire, après discussion avec le Docteur V._____, nous pouvons conclure que nos examens rhumatologique et psychiatrique ne mettent pas en évidence de symptomatologie anamnestique et clinique significative d'un diagnostic incapacitant.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique

Depuis quand y-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sans objet sur le plan psychiatrique

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

Sans objet sur le plan psychiatrique

Concernant la capacité de travail exigible

- Dans l'activité habituelle : 100% sur le plan psychiatrique
- Dans une activité adaptée : 100 % sur le plan psychiatrique.”

L'OAI a mandaté comme expert le Dr V._____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a établi son rapport le 25 octobre 2011. Il en résulte notamment ce qui suit :

“4. DIAGNOSTICS

4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

► Lombopygialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire

- minime arthrose facettaire L5-S1
- status post-lombocruralgies dans un contexte d'une HD L3-L4 en 2003
- status post-lombosciatalgies aiguës en 2005.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

► Cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire

- minimes troubles dégénératifs antérieurs sans discopathie.
- Status post-péri-arthropathie des deux épaules avec possible capsulite rétractile de l'épaule G en 2003.
- Status post-thoracotomie D en 1988 d'un mésoenchymome bénin du 10^{ème} espace intercostal.
- Acouphène bilatéral depuis 2006.
- Status post-opération d'un 4^{ème} doigt à ressaut en 2006.

- ▶ Diabète de type II insulinodépendant.
- ▶ Surcharge pondérale (BMI 33kg/m²).
- ▶ Hypertension artérielle traitée.
- ▶ Hypercholestérolémie traitée.

APPRECIATION DU CAS

M. P. _____ est un assuré de 64 ans, d'origine albanaise (d'une enclave en Serbie), en Suisse depuis 1976, détenteur d'un permis C, marié dont la femme bénéficie de l'AVS depuis 1 an, père de 11 enfants dont 6 sont encore en vie et grand-père de 12 petits-enfants. N'ayant pas de formation mais ayant travaillé comme agriculteur, puis comme aide de cuisine, puis aide de garage, puis depuis 1999 comme garagiste indépendant. Cette activité est stoppée en 2002 suite à l'incendie de son garage.

Du point de vue médical, nous sommes confrontés à un assuré de 64 ans, connu pour un diabète de type II insulinodépendant, une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie traitée, une obésité chronique (BMI à 30), une thoracotomie en 1988 pour ablation d'un mésoenchymome bénin du 10^{ème} espace intercostal, des acouphènes bilatéraux depuis 2006, une opération d'un 4^{ème} doigt à ressaut en 2000, ainsi que depuis 2002, pour des lombalgies basses avec lombocruralgies déficitaires en février 2002, dans le contexte d'une hernie discale L3-L4, et de lombosciatalgies non déficitaires à G en 2005. Depuis l'expertise de la Dresse D. _____ de 2008, l'assuré a présenté une coronaropathie pour laquelle il a bénéficié de la pose de stent sur l'IVA et la CD dans le cadre d'une maladie coronarienne bi-tronculaire avec fraction d'éjection à 50%. L'évolution est, depuis 2009, stable sous traitement. Finalement, il est également connu pour une baisse de l'acuité visuelle imputable à une cataracte pour laquelle il est prévu en octobre 2011 une opération de celle-ci.

L'examen de ce jour met en évidence un syndrome lombovertébral et cervicobrachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. On note quelques points douloureux d'insertion cependant peu significatifs.

L'examen de l'épaule D est rassurant, il n'y a pas de signe de conflit, il n'y a pas de signe de tendinopathie significative. Les douleurs sont essentiellement d'origine insertionnelle au niveau de l'angulaire de l'omoplate.

L'examen des mains est également rassurant, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'un syndrome du tunnel carpien, il n'y a pas de signe de synovite ou de téno-synovite. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique met en évidence de minime trouble dégénératif (minime arthrose facettaire postérieure L5-S1, minime spondylose antérieure en L3-L4 et C5-C6). La structure osseuse est dans les normes, il n'y a pas d'anomalie de la statique, il n'y a pas de diminution des trous de conjugaison. La radiographie de l'épaule met en évidence des troubles dégénératifs sous-acromiaux cependant sans ascension de la tête humérale. L'ultrasonographie de ce jour est rassurante, il n'y a pas de signe de tendinopathie, ou de signe de bursite.

Il est à noter que le bilan radiologique ne met pas en évidence de pénétration par rapport à celui effectué en 1999, 2005 ou 2008.

Fort est de constater la discordance entre les plaintes, les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour et l'ampleur des

plaintes et l'impotence fonctionnelle dans ses 3 activités de la vie quotidienne et professionnelle telles qu'alléguées par l'assuré.

Du point de vue thérapeutique, concernant le rachis cervical et lombaire, il devrait être accessible à une prise en charge physiothérapeutique à sec voire éventuellement en piscine dans le but de diminuer les risques de déconditionnement.

Du point de vue médicamenteux, en cas de douleurs, il serait opportun d'introduire un traitement antalgique mineur voire majeur associé à une médication de type myorelaxante.

Du point de vue de son exigibilité, concernant son ancienne activité de garagiste, sa capacité de travail est estimée à 90% estimant que les minimes troubles dégénératifs facettaire postérieur constituent des facteurs limitant qui restent cependant légers.

Dans une activité adaptée en diminuant les mouvements en porte-à-faux avec port de charge répétitif de plus de 10kg, sa capacité de travail est entière.

Cette appréciation se différencie de celle de la Dresse N. _____ en 2005 et de la Dresse D. _____ de février 2008 qui estiment une incapacité de travail respectivement à 0% et à 50%. Elle s'en apparente à celle du Dr W. _____ de mars 2006.

En effet, les douleurs sont restées anamnesticquement stables depuis 2005, elles n'ont par ailleurs pas nécessité de prise en charge physiothérapeutique depuis 2007, ni de médication antalgique voire myorelaxante ou une utilisation d'une ceinture lombaire qui aurait pu faire suggérer une amplification de la symptomatologie douloureuse.

Anamnesticquement, l'assuré signale une impossibilité à rester assis plus que une demie heure alors que durant l'entretien de ce jour, l'assuré reste assis sans se lever durant deux heures et demie et qu'il est capable de rester assis dans un minibus lors de ses séjours en Serbie plus que 4 heures.

L'assuré présente une mobilité du rachis conservée, l'habillement et le déshabillage se fait de manière fluide et rapide, il descend et monte deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse.

L'examen de ce jour est rassurant, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte radiculaire irritative ou déficitaire.

Les amplitudes articulaires tant des mains que des MCP, des poignets, des coudes et des épaules sont conservées. Il n'y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie. L'obésité est restée par ailleurs stable par rapport à 2005 et à 2008.

Les descriptions lors de l'expertise de février 2008 ne sont pas justifiées. En effet, les discopathies pluri-étagées prédominant au niveau L3-L4 et une arthrose facettaire L3 à S1 telle que décrite en page 9 sont très modérées et n'ont pas évolué depuis lors et sont compatibles avec l'évolution due à l'âge. Par rapport à l'appréciation de la clinique à la page 11, où il est estimé une limitation de la mobilité lombaire, celle-ci n'est aujourd'hui pas retrouvée.

Le diagnostic de périarthropathie des deux épaules récidivante et capsulite rétractile de l'épaule G en 2003 mentionné à la page 9, n'est plus présent à ce jour. Il n'y a pas de signe de périarthrite de l'épaule, les amplitudes articulaires sont conservées (elles fluctuent par ailleurs lors de la répétition de l'examen et surtout lorsqu'on dirige l'attention de l'assuré). L'ultrasonographie de ce jour ne met

pas en évidence de bursite, il n'y a pas de signe de tendinopathie. L'examen clinique ne met pas en évidence de signe de conflit. Il n'y a par ailleurs pas d'amyotrophie du moignon deltoïdien qui pourrait faire suspecter une sous-utilisation de l'épaule D depuis plusieurs années.

Tel que décrit à la page 13, « compte tenu de l'atteinte du rachis et des épaules une activité à 50% ne pourrait être exigée de sa part » : à notre avis, les troubles dégénératifs restent tant au niveau cervical que lombaire très modérés et compatibles avec l'évolution due à l'âge et ne justifient pas de diminution de sa capacité de travail de plus de 10%.

Finalement, devant le tableau algique incapacitant décrit par la Dresse D. _____ de février 2008, aucun traitement n'a été proposé ni entrepris depuis lors ; ce qui contraste avec un tableau algique incapacitant, alors décrit, qui aurait pu nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire, et médicamenteuse. Celle-ci n'a pas eu lieu jusqu'à ce jour.

Finalement, le syndrome métabolique avec hypertension, diabète et hypercholestérolémie stable sous traitement et la cardiopathie ischémique sous-jacente actuellement stable sous traitement, et l'obésité par ailleurs stable, n'a pas de valeur incapacitante.

Il est à noter qu'à l'anamnèse de ce jour, l'impotence fonctionnelle dans ses activités quotidiennes alléguées par l'assuré (conduite d'un véhicule, préparation d'un repas, nettoyage des vitres), sont plus imputables à des symptômes mal systématisables (nervosité, vertiges angoisses...) qu'aux douleurs à proprement parlé.

Finalement, cette appréciation se différencie de celle du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie lequel a été sollicité dans le but d'une évaluation consensuelle. Celui-ci a rencontré l'assuré dans le but d'une introspection détaillée. Il se contente de reformuler les mêmes diagnostics que la Dresse D. _____ et estime que, en regard de l'anamnèse, les affections orthopédiques ont progressé. Il ne justifie pas ses allégations faisant état « d'une grande souffrance » et que sa capacité résiduelle sur le marché du travail est estimée qu'en fonction de son bagage intellectuel et professionnel.

A notre avis, cette appréciation reste théorique, il ne se base pas sur un examen clairement détaillé, il ne fait que confirmer ce que les Drs D. _____ et L. _____ ont décrit. Il ne justifie pas le fait d'être en présence d'une aggravation progressive de l'état physique, de nouveaux examens à répétition n'ayant pas été effectués, ceux-ci lui paraissant superflus. Les propos du Dr S. _____ n'ont aucune valeur probante.

L'impotence fonctionnelle ne se mesure pas à l'aune des lésions décrites radiologiquement. L'impotence fonctionnelle doit être estimée en intégrant les images radiologiques au status clinique. En effet tel que mentionné dans la littérature scientifique digne de ce nom (1), il n'y a pas de corrélation physique directe entre les constatations radiologiques, le status clinique et l'impotence fonctionnelle.

Il est actuellement admis, au vu de la littérature et des multiples études effectuées, qu'il n'y a pas de corrélation directe les douleurs ressenties et les lésions radiologiques mises en évidence (1. 2. 3.). La clinique prime et l'imagerie est seulement un outil pour étayer un examen clinique.

D'un point de vue interdisciplinaire, après discussion avec le Dr T._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité antérieure de garagiste indépendant est de 90%, et adaptée, de 100%. Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne présente pas de caractère incapacitant.

Il n'y a pas d'élément clinique et paraclinique relevant d'un diagnostic suffisamment incapacitant.

REPONSES AUX QUESTIONS

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

L'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les mouvements d'antéversion et les ports de charge avec long bras de levier et les ports de charge répétitifs de plus de 10kg.

Du point de vue quantitatif :

Dans sa dernière activité de garagiste, à 90 %.

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

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

L'assuré n'a plus repris d'activité professionnelle depuis février 2002 et ce, plus pour des raisons qu'il attribue à des symptômes psychologiques qu'à des douleurs rhumatismales (cf. appréciation du cas).

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Cf. point 2.1.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui. A 90 %.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

La diminution du rendement est déjà prise en compte dans l'évaluation de la diminution de la capacité de travail.

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

En dehors de périodes d'incapacité de travail imputable à une PSH G en été 2003, de lombosciatalgies D en février 2002 et de lombosciatalgies en 2005, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée à faire valoir.

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

Depuis août 2005, on assiste à une récurrence de douleurs lombaires basses ayant motivé une consultation auprès de la Dre N._____.

Depuis lors, une diminution de sa capacité de travail de 5 à 10% pourrait être justifiée.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Des mesures de réadaptation professionnelle ne paraissent pas être opportunes.

Les facteurs de mauvais pronostic sont l'âge, les lombalgies chroniques, l'intime conviction d'une invalidité de longue durée et l'incapacité à se projeter dans une quelconque activité professionnelle.

Les facteurs de bon pronostic sont l'absence de lésion radiologique significative, la capacité à s'être adapté à plusieurs corps de métier durant son cursus professionnel et la bonne intelligence de l'assuré.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Oui, en lui évitant de porter des charges de manière répétitive de plus de 10kg en porte-à-faux.

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

Médico-théoriquement bonne. Cependant, l'assuré n'a plus retravaillé depuis 2002 et ce, plus pour des raisons de peur que de douleurs.

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 ?

Cf. 2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

Du point de vue purement rhumatologique, à 100 %.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement.”

Dans un avis du 10 novembre 2011, le Dr J._____ a estimé probante ces expertises.

Le 13 décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande.

A la suite des objections de l'assuré, l'OAI lui a écrit le 20 janvier 2012 ce qui suit :

“Nous nous référons à vos objections du 16 janvier 2012 portées à l'encontre de notre projet de décision du 13 décembre 2011 ainsi qu'à vos précédents courriers relatifs à la procédure d'instruction suivie par notre Office.

Vous contestez cette procédure, à savoir la mise en oeuvre d'une expertise effectuée par les Docteurs T._____ (spécialiste en psychiatrie) et V._____ (spécialiste rhumatologue) et estimez que la désignation de ces spécialistes revient à procéder à une nouvelle expertise ab novo faisant table rase des rapports existants au dossier. Ce mode de faire, outre qu'il occasionne une importante perte de temps et d'argent, s'apparente selon vous à une volonté de ne pas tenir compte de l'arrêt rendu le 23.3.2010 par la Cour des assurances sociales, ce qui constitue un déni de justice. Vous estimez par ailleurs qu'il y a actuellement lieu de confier aux Docteurs L._____ et D._____ le soin de préciser leurs appréciations du cas dans le sens évoqué dans l'arrêt précité, à savoir procéder par le biais d'une expertise pluridisciplinaire à une évaluation globale et consensuelle du cas portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

Comme indiqué dans nos précédents courriers des 25 août et 7 septembre 2010, l'arrêt de la CASSO, qui évoquait la possibilité de s'adresser aux Docteurs L._____ et D._____, nous laissait pleine latitude dans le choix des mesures d'instruction.

Nous pouvions ainsi confier le mandat d'expertise au [...], respectivement aux Docteurs T._____ (spécialiste en psychiatrie) et V._____ (spécialiste rhumatologue) conformément à notre lettre recommandée du 20 juin 2011.

Nous précisons qu'une telle expertise avait lieu d'être afin d'établir les faits indispensables à l'examen en cause, en particulier les répercussions des atteintes en terme de capacité de travail et l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. considérant 3 de l'arrêt précité).

En date du 31 mars 2011, vous nous avez remis le rapport établi le 28 février 2011 par le Dr S._____. Ce spécialiste FMH en chirurgie conclut, après examen du dossier et plus particulièrement des expertises privées réalisées par les Docteurs L.____ et D._____, à une aggravation progressive mais notable de l'état psychiatrique et physique de notre assuré et, compte tenu du statut actuel, pense qu'il est vain de prévoir une réintégration, l'incapacité de travail étant déjà complète depuis de nombreuses années, c'est-à-dire déjà depuis l'événement choc de janvier 2002 (...). Nous ne pouvons suivre les conclusions, sur dossier, de ce spécialiste en chirurgie.

Quant à notre position, elle est essentiellement fondée sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 23 août 2011 lesquelles sont motivées, claires et exemptes de contradictions. Il en ressort que, compte tenu de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, notre assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter les mouvements en porte-à-faux avec port de charge répétitif de plus de 10 kg).

Nous n'avons aucune raison de remettre en cause les conclusions de ces expertises qui se fondent sur une étude complète des pièces médicales versées au dossier, sur une anamnèse fouillée ainsi que sur des données objectives (status) détaillées. Sur le plan psychiatrique, le Docteur T._____ a ainsi pris position sur les conclusions du Docteur L._____ et expliqué pour quelles raisons il s'en éloigne et retient que notre assuré a toujours présenté une capacité de travail entière.

Sur le plan somatique, le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne a en outre pris en considération l'évolution de la situation depuis le début de l'incapacité de travail et jusqu'à ce jour (ainsi, la pose d'un stent début 2009, l'opération d'une cataracte en octobre 2011), précisant que les autres atteintes (métabolique, cardiovasculaire, cataracte) ne sont pas susceptibles de se répercuter durablement sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Prenant position par rapport aux conclusions des rapports établis par les Docteurs D._____ et S._____, il explique pour quelles raisons il s'en éloigne (pages 13 et 14) pour retenir, sur le plan rhumatologique, une capacité de travail entière dans une activité adaptée évitant de porter des charges de manière répétitive de plus de 10 kg en porte-à-faux, limitations qu'il retient depuis août 2005, date de la récurrence des douleurs lombaires basses.

Il ne se justifie à notre avis pas de compléter l'instruction de ce dossier.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons que l'état de santé de M. P._____ lui permettait déjà l'exercice d'une activité adaptée à 100% avant l'issue du délai d'attente d'une année et que cette appréciation tient compte aussi bien de son état de santé somatique que psychiatrique."

Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande. Il a considéré notamment ce qui suit :

“Résultat de nos constatations :

Conformément au jugement du Tribunal Cantonal des Assurances du 23 mars 2010, nous avons complété l'instruction médicale de votre dossier, notamment par une expertise bidisciplinaire, à savoir; rhumatologique et psychiatrique.

Selon l'avis du Service Médical Régional AI (SMR), l'expertise a été rédigée en pleine connaissance du dossier médical. Elle procède d'une étude fouillée des points litigieux importants. M. P. _____ a été soumis à des examens complets et approfondis au plan somatique et psychique. Ses plaintes ont été prises en considération. Le contexte médical a été apprécié de façon claire et exhaustive. Les conclusions sont exemptes de contradictions, précises et convaincantes, de sorte que cette expertise est médicalement probante.

L'expert rhumatologue conclut à des lombopygalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire dans le cadre d'une minime arthrose facettaire et d'une ancienne hernie discale L3-4 en 2003. Les autres diagnostics mentionnés n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail.

L'atteinte ostéo-articulaire entraîne des limitations fonctionnelles telles que le port répétitif de charges de plus de 10 kg en porte-à-faux. L'expert expose clairement les raisons pour lesquelles son avis diffère de celui de la Dresse D. _____.

En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'expert ne retient aucune pathologie psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a constaté la présence d'éléments cliniques d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. L'état de stress post-traumatique est réfuté. L'expert explique longuement sur quels éléments il se distancie de l'expertise du Dr L. _____.

Les experts concluent à une capacité de travail de 90 % dans l'activité habituelle de mécanicien sur automobiles et de 100 % dans une activité adaptée.

Considérant l'expertise bidisciplinaire comme probante, nous nous rallions à ses conclusions.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002, CHF

4'557.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, 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 en 2003 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'750.67 (CHF 4'557.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'008.07.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+ 1.4% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 57'806.18 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 54'915.85.

Sans atteinte à la santé, en tant que mécanicien sur automobiles (sans CFC) à plein temps, votre gain annuel brut s'élèverait, pour l'année 2003, à Fr. 40'950.00.

Au vu de ce qui précède, vous ne subissez aucun préjudice économique vous ouvrant le droit à des prestations de notre Assurance.

Nous précisons que le droit à des mesures d'ordre professionnel sous forme de reclassement existe, si compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20 % au moins."

D. Par acte du 27 février 2012, P._____, représenté par Me Georges Reymond, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant avec dépens à son annulation, une évaluation consensuelle portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique confiée aux Drs L._____ et D._____ étant ordonnée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant soutient que la décision attaquée n'a nullement tenu compte, ni discuté, des rapports médicaux des Drs

Q._____, N._____, L._____ et D._____, alors que ceux-ci sont concordants puisqu'ils concluent à une incapacité de travail totale ainsi qu'à l'impossibilité d'exiger du recourant une reprise d'activité dans une profession adaptée. Il en déduit que l'instruction de la cause était à 99% complétée et que seule une évaluation consensuelle était nécessaire pour la terminer, ce conformément aux instructions données dans l'arrêt du 23 mars 2010. Selon le recourant, nul n'était besoin de reprendre pratiquement à zéro cette instruction et faire table rase des rapports existants. Il prétend qu'il n'est pas admissible que l'intimé se soit essentiellement fondé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 23 août 2011 dans la mesure où cela revient à tirer un trait sur quatre expertises médicales dont les deux dernières ont été jugées parfaitement convaincantes dans l'arrêt précité. Il se plaint également du fait que l'expertise bidisciplinaire aurait pris beaucoup plus de temps qu'un complément d'instruction auprès des Drs L._____ et D._____. Il soutient aussi que les mesures d'instruction mises en oeuvre par l'OAI ne correspondent pas aux instructions données dans l'arrêt du 23 mars 2010 et qu'en plus du fait qu'elles coûtent cher à la collectivité, elles étaient inutiles dès lors que la presque totalité des renseignements médicaux nécessaires pour rendre une décision se trouvait déjà dans le dossier du recourant ou pouvait, cas échéant, facilement, et à moindre coût, être obtenus de la part des experts privés qui avaient été mandatés initialement.

Il a produit un bordereau de pièces.

Dans sa réponse du 24 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 15 mai 2012, le recourant a maintenu ses conclusions.

E. Le CEM (Centre d'expertises médicales) à [...] a été mandaté comme expert et a établi son rapport le 17 décembre 2013. Il en résulte notamment ce qui suit :

“DIAGNOSTICS

Diagnosics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques, actuellement non spécifiques, avec troubles dégénératifs pluriétagés, compatibles avec une évolution naturelle. M47.86
- Omalgies droites chroniques récidivantes, dont l'étiologie reste difficile à déterminer. M75.8
- Modification durable de la personnalité, évolution d'un syndrome de stress post-traumatique. F62.0

Diagnosics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Status après infarctus NSTEMI en 2009 sur atteinte bitronculaire, traité par PTCA et stent sur l'IVA proximale et stent actif sur la coronaire droite.
- Diabète insulino-requérant avec:
 - Polyneuropathie périphérique des membres inférieurs modérée.
 - Insuffisance rénale débutante.
 - Rétinopathie diabétique.
- Hypertension artérielle.
- Dyslipidémie.
- Obésité.
- Status après cure de l'annulaire gauche à ressort en 1999 environ.
- Status après thoracotomie droite en 1988 pour excision d'un neurofibrome au 10^{ème} espace intercostal.

APPRECIATION DU CAS

Monsieur P. _____ est âgé de 65 ans, d'origine kosovare, établi en Suisse depuis 1979, marié, père de 6 enfants adultes. Il a travaillé en Suisse comme mécanicien dans son propre garage, étant indépendant dans sa dernière activité professionnelle et ce jusqu'au 29.01.2002, date où son garage est détruit par un incendie. Depuis lors, il n'a plus eu d'activité professionnelle hormis une activité de nettoyeur à raison de 2 heures par jour, cela de 2008 à 2012 (2012 correspondant à l'âge de la retraite).

Une demande AI a été déposée en mars 2003 en raison de lombalgies, son médecin traitant estimant une incapacité de travail

totale. Monsieur P._____ est hospitalisé en février 2002 en rhumatologie au CHUV pour lombo-cruralgies L4 droites déficitaires sur un plan sensitif et réflexe seulement, dans le cadre d'une hernie discale L3-L4 foraminale droite pour laquelle une indication neurochirurgicale n'a pas été retenue. Par la suite, le médecin traitant, Docteur Q._____, estime un rendement réduit à 50%, alors que la rhumatologue traitante, Doctoresse N._____, estime en 2005 que l'incapacité de travail est totale (lombalgies chroniques, status après capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2003 et autres symptômes dont des acouphènes gauches permanents et des vertiges). Le SMR ne retient cependant aucun diagnostic invalidant après un examen rhumatologique et psychiatrique réalisé en 2006. Suite à des refus et oppositions, des expertises rhumatologiques et psychiatriques (Doctoresse D._____ et Docteur L._____) ont été sollicitées, avec estimations de l'incapacité de travail à des taux différents; Docteur D._____ en 2008 évoque les lombalgies avec arthrose, une périarthropathie scapulaire bilatérale récidivante à droite et la possibilité d'un syndrome de stress post-traumatique et juge une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le Docteur L._____, psychiatre, note en 2008 qu'il y a un état dépressif d'intensité moyenne, sans décrire clairement l'incapacité de travail éventuelle liée aux problèmes psychiques, en notant que « l'activité habituelle n'est plus exigible en raison de l'atteinte physique du dos, qui s'est aggravée et a été compliquée par une atteinte aux épaules, puis par une atteinte au système nerveux périphérique en rapport avec le syndrome métabolique ». Cela a progressivement décompensé l'équilibre psychique de l'expertisé, selon lui. Le Tribunal Cantonal finalement sollicité a demandé un complément d'expertise en 2010, suggérant de le solliciter auprès des experts cités. D'autres experts sont cependant mandatés par l'OAI, qui concluent à l'absence d'incapacité de travail (Docteur V._____, rhumatologue, et Docteur T._____, psychiatre, en 2011). Cela est contesté par le conseil de l'expertisé auprès du Tribunal Cantonal et dans ce contexte, une expertise multidisciplinaire est sollicitée, avec une demande de réponse à des questions spécifiques qui seront mentionnées en fin d'expertise.

Au plan somatique parmi les diverses plaintes décrites par Monsieur P._____, nous retenons avant tout des lombalgies chroniques, actuellement non spécifiques ainsi que des omalgies droites chroniques récidivantes et des céphalées de la région occipitale. Nous ne mettons actuellement pas en évidence de lésion structurelle pathologique spécifique, susceptible d'expliquer la persistance de la symptomatologie douloureuse et son intensité au cours du temps. Cette dernière est par ailleurs apparue après la perte de son outil de travail, à savoir son garage détruit par un incendie, sans que Monsieur P._____ n'ait subi de dommages physiques corporels. Les radiographies de la colonne lombaire mettent certes en évidence des troubles dégénératifs, et il existait sur le CT-scan une hernie discale L3-L4 foraminale droite en 2002, laquelle pouvait à l'époque expliquer la symptomatologie douloureuse (hospitalisation en rhumatologie au CHUV), mais qui n'est pas de manière certaine susceptible d'expliquer sa persistance jusqu'à ce jour. Si les troubles dégénératifs peuvent expliquer une partie des douleurs lors des sollicitations mécaniques importantes, on rappelle cependant que Monsieur P._____ mentionne une

augmentation de l'intensité douloureuse au cours des années, et ceci malgré le fait qu'il n'a plus exercé aucune activité lucrative depuis son arrêt de travail en 2002 et jusqu'en 2008. Ce sont donc essentiellement les douleurs, phénomène subjectif non mesurable, propre à chaque individu, pouvant traduire également une souffrance non physique, qui limitent ou ont limité par le passé la reprise d'une activité professionnelle chez Monsieur P._____.

Les constatations radiologiques concernant les épaules, à savoir la sclérose du trochiter, ne sont, à notre avis, pas spécifiques et pas une preuve formelle d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. On relèvera à ce sujet que l'ultrason des épaules effectué par le Docteur V._____ est plus spécifique pour la détection de tendinopathie ou de lésion des tissus mous que la radiographie conventionnelle. Dans son expertise de 2011, le Docteur V._____ ne décrit pas de tendinopathie et au cours des divers examens rhumatologiques, on ne décrit pas de limitations fonctionnelles actives ni passives.

La Doctoresse D._____ décrit la formation de calcifications à l'épaule gauche ce que le Docteur M._____ confirme, en remarquant que les calcifications détectables radiologiquement dans la région de la coiffe des rotateurs ont une prévalence d'environ 2 à 10% et qu'elles surviennent tant chez les patients symptomatiques qu'asymptomatiques. Il n'y a donc pas forcément une corrélation entre la présence de calcifications radiologiques et les douleurs, et il n'y a également pas d'examen permettant de prouver que ces calcifications entraînent des douleurs ou pas. On relèvera également, comme dans les cas des hernies discales, que ces calcifications peuvent se résorber, la physiopathologie de la formation de celles-ci n'étant pas connue à l'heure actuelle.

Concernant les manifestations rhumatologiques du diabète, cette affection métabolique étant présente chez l'expertisé, on relèvera qu'il s'agit avant tout de modifications du tissu collagène avec apparition d'enraidissement articulaire, en particulier aux mains et aux épaules et que ces enraidissements sont en général indolores et qu'actuellement, nous n'avons pas d'éléments pour un enraidissement articulaire ou de signes d'une arthropathie diabétique, avec cependant peut-être seulement un léger doute sur les IPP, sans conséquences fonctionnelles cependant.

Actuellement, dans le diagnostic différentiel, nous n'avons pas d'éléments orientant vers une étiologie prépondérante neurocompressive, inflammatoire, infectieuse, toxique, métabolique ou tumorale.

En ce qui concerne les constatations physiques, nous relevons aussi qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre l'examen rhumatologique de la Doctoresse D._____ et du Docteur V._____, ou encore de celui de l'interniste et du rhumatologue lors de la présente expertise, et que ce sont essentiellement les douleurs qui ont varié de lieu au cours de ces trois examens. Il s'agit là d'un phénomène subjectif, qui ne peut être mesuré. Au plan radiologique, nous n'avons également pas d'éléments pour une progression rapide des troubles dégénératifs, lesquels vont évoluer naturellement avec les années.

Ces observations sont encore étayées par l'examen neurologique effectué lors de la présente expertise où, en ce qui concerne les lombo-cruralgies droites, l'examen n'a pas permis de démontrer de façon claire l'existence d'une compression radiculaire à l'origine des troubles. Si une hernie discale persistante L3-L4 (diagnostiquée en

2002) ne peut être écartée totalement, les conséquences de cette dernière ne semblent actuellement pas être de nature à entraîner des limitations significatives dans une activité adaptée. De plus, au plan neurologique, l'atteinte polyneuropathique est modérée, probablement en relation avec le diabète, mais sans déficit moteur ni douleurs par dysesthésies associées. Dans les autres symptômes mentionnés, il y a les vertiges, qui ont été discutés dans la consultation du Docteur F._____ et pour lesquels il n'est malheureusement pas possible de formuler un diagnostic de certitude quant à l'origine des troubles, étant donné la description imprécise de la symptomatologie par Monsieur P._____ et l'absence d'élément pathologique significatif au status en direction, en particulier, d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse. Ces phénomènes vertigineux sont toutefois décrits comme moins importants que les lombalgies ; il en est de même en ce qui concerne la dyspnée d'effort, pour laquelle nous avons tout de même recherché une éventuelle cause cardiaque.

En effet, Monsieur P._____ a présenté en 2009 un infarctus NSTEMI, qui a été traité par PTCA et mise en place de stents. L'ergométrie effectuée lors de la présente expertise, bien qu'incomplète, s'est déroulée jusqu'à un effort de 6 METS, correspondant à environ 80% du METS prédit, sans aucun symptôme cardiaque, car le motif d'arrêt a été un problème articulaire. Ainsi, il se trouve que la capacité d'effort a été limitée en raison de douleurs des hanches, de telle sorte qu'on n'a pas pu déclencher une limitation d'ordre cardiaque. On note que Monsieur P._____ n'a pas décrit de vertiges lors de l'examen. En comparaison avec les anciens rapports, notamment le bilan cardiologique du Docteur G._____ de juillet 2011 et au vu de l'anamnèse actuelle, les cardiologues considèrent que la capacité fonctionnelle de Monsieur P._____ est légèrement abaissée mais stable, fait qui correspond très probablement à un déconditionnement et au surpoids. L'état cardiaque n'est donc pas de nature à empêcher une activité adaptée.

Si l'on s'en tient au problème somatique, on retient donc que ce sont essentiellement les douleurs, phénomène encore une fois subjectif, qui anamnestiquement ont empêché une reprise d'activité professionnelle à partir de 2002, ceci dans un contexte psychosocial particulier, suite à la perte de son instrument de travail après l'incendie de son garage, comme il sera décrit plus loin. Au vu des troubles dégénératifs, pour lesquels, comme décrit plus haut, il n'y a pas de démonstration claire, clinique ni radiologique d'aggravation nette au cours des années (entre les examens de Docteur D._____, Docteur V._____ et le nôtre), nous pouvons tout de même admettre les limitations fonctionnelles suivantes : les activités physiquement lourdes, celles qui seraient exposées à des vibrations corporelles, celles qui nécessiteraient le maintien de positions statiques prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de pouvoir changer la position, les mouvements répétitifs en porte-à-faux et les ports de charges, surtout en flexion antérieure du tronc.

Au plan rhumatologique, de même que neurologique et encore cardiologique, la capacité de travail médico-théorique dans toute activité qui respecterait les limitations fonctionnelles qui viennent d'être décrites, peut être estimée à 100%, et ce depuis janvier 2002. Il faut toutefois considérer rétrospectivement de courtes périodes

d'incapacité de travail vraisemblablement totale lors d'épisodes de lombalgies particulièrement plus aiguës (notamment celles qui ont motivé une hospitalisation en février-mars 2002 ou encore celles décrites en 2005 par Doctoresse N._____, par exemple; il en est de même pour des douleurs sur capsulite de l'épaule gauche en 2003 constatées par Doctoresse N._____ ou récurrence de périarthropathie droite en 2008 selon Doctoresse D._____). Il y a aussi eu rétrospectivement une incapacité de travail totale de 2 à 3 mois suite à l'infarctus de 2009. Les traitements par laser pour la rétinopathie diabétique ont débuté ces dernières années, vers l'âge de la retraite, et ne représentent rétrospectivement pas de limitation quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux problèmes rhumatologiques, ceci d'autant plus que l'acuité visuelle est bonne.

L'évolution actuelle, plus de 10 ans après le début de l'arrêt de travail, avec des douleurs articulaires « gérées » au quotidien, ne nécessitant pas la prise d'antalgiques chaque jour et qui permettent encore à ce jour une bonne qualité de vie (cf. descriptif de la vie quotidienne) était l'absence rétrospective de limitation quant à une activité professionnelle dès 2002, même si dans les faits Monsieur P._____ n'a pas exercé de travail dans le circuit économique. On souligne aussi qu'en 2008, il a spontanément repris un travail comme nettoyeur à temps partiel, ce qui appuie le fait de l'absence rétrospective d'une incapacité de travail totale au long cours pour problèmes physiques.

Il reste encore à discuter l'aspect psychique. A ce propos, les éléments au dossier médical sont divergents, avec des aspects de souffrance psychique évoqués par Doctoresse D._____ dans son expertise de 2008, suite à l'incendie du garage de Monsieur P._____, avec évocation d'un possible syndrome de stress post-traumatique (Dresse D._____ n'étant toutefois pas psychiatre). Le Docteur L._____, psychiatre mandaté pour une expertise en 2008, décrit une « symptomatologie anxio-dépressive correspondant à un trouble de l'adaptation réactionnel, à un manque progressif de valorisation narcissique et à un état de faiblesse physique progressivement limitant ». Il note que le trouble de l'adaptation s'est transformé en état dépressif d'intensité moyenne et relève aussi la difficulté de l'expertisé à extérioriser son vécu, ce qui rend impossible de déterminer la sévérité et la durée de l'état de stress post-traumatique. Quant aux répercussions sur la capacité de travail, il met au premier plan les atteintes somatiques qui ont impliqué de fortes limitations sur le plan de la valorisation narcissique et décompensé progressivement l'équilibre psychique de Monsieur P._____. Il ne mentionne pas clairement de limitations fonctionnelles d'ordre psychique, de pourcentage d'incapacité de travail ni de date de début d'une problématique psychiatrique incapacitante. Quant au Docteur T._____, psychiatre mandaté pour une expertise en 2011, il s'étonne qu'il n'y ait pas eu de suivi ou traitement psychiatrique, que l'état dépressif n'ait pas été mentionné par un médecin traitant. Il relevait en 2011 un « tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante, selon lui, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent ».

L'anamnèse actuelle a été prise par le biais d'un interprète car Monsieur P._____ maîtrise assez mal le français. Il décrit depuis l'incendie de son garage une modification de son caractère, avec

une anhédonie, des idées de mort, une perte de la libido, une anxiété, avec des pics paroxystiques d'angoisse, des ruminations transitoires liées à l'élément accidentel. Monsieur P._____ dit ne plus être la même personne depuis l'incendie, qui est encore régulièrement à l'origine de cauchemars. Actuellement, Monsieur P._____ dit réserver son énergie à ses enfants et petits-enfants, qui lui donnent son seul bonheur. Vu la personnalité fruste de l'expertisé, dont le discours est peu informatif, centré exclusivement sur les éléments concrets, avec une tendance à la généralisation, et du fait que les souffrances psychiques sont peu mentalisées, peu exprimées, il est difficile de décrire précisément a posteriori l'évolution des symptômes depuis 2002. Il nous apparaît cependant assez clairement que l'événement de l'incendie a infléchi brutalement la trajectoire personnelle, sociale et professionnelle de Monsieur P._____, qui n'a pu trouver les ressources après cet événement pour se réinscrire entièrement dans le tissu socioprofessionnel. Il est très probable qu'il y ait eu un syndrome de stress post-traumatique qui a évolué durant plusieurs mois après l'incendie et qui a laissé des séquelles psychologiques sous forme d'une modification durable de la personnalité, justement en raison de l'aspect fruste de la personnalité de Monsieur P._____, qui ne permet pas une mentalisation et une expression des souffrances psychiques, comme cela a aussi été relevé par le Docteur L._____. Ces souffrances ont exercé leurs effets de manière délétère, sans être forcément clairement perçues par l'intéressé lui-même ni même parfois par les experts ou intervenants extérieurs. Cela explique aussi probablement l'absence de suivi psychiatrique, Monsieur P._____ n'étant que peu ou pas accessible à un tel traitement, fût-il même médicamenteux. Les souffrances se sont aussi exprimées par les douleurs dont l'intensité, l'évolution au cours du temps, n'est pas expliquée par les seules constatations objectives. Anamnesticquement, on souligne la reprise de lui-même d'une activité professionnelle en 2008, témoignant d'une capacité volitive retrouvée à ce moment là, « pour son bien».

Ainsi, bien que non documenté comme tel par un psychiatre précisément au moment de l'incendie du garage, l'anamnèse actuelle nous fait évoquer le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, qui évolue en général durant plusieurs mois après l'événement traumatique. L'évolution habituelle du syndrome de stress post-traumatique reste une estimation.

Lors de notre colloque de synthèse nous avons souligné tout d'abord que l'estimation de l'incapacité de travail rétrospective sur plus de 10 ans est particulièrement difficile. Il nous a paru que cette estimation de l'incapacité de travail ne peut être évaluée sans tenir compte de l'intrication des problèmes physiques et psychiques et qu'elle ne peut être tenue comme conséquence isolée d'une pathologie distincte. Le descriptif par Monsieur P._____ de son vécu quotidien montre qu'actuellement les séquelles de l'évolution du syndrome de stress post-traumatique sont modérées et qu'elles n'ont à elles seules pas été la cause de l'incapacité de travail au long cours. Notre évaluation repose donc a posteriori sur les anamnèses recueillies par les divers examinateurs — experts mandatés précédemment. Ce qui nous paraît alors le plus cohérent est de retenir une incapacité de travail complète à partir du 29.01.2002, date de l'incendie du garage et ce durant une année, temps durant lequel on peut raisonnablement estimer qu'il a pu y avoir un syndrome de stress post-traumatique suffisamment

important pour empêcher la reprise de l'activité professionnelle, et ceci d'autant plus que des problèmes physiques aigus, dont une hospitalisation en rhumatologie, ont eu lieu dans l'intervalle. Par la suite, nous pensons que la capacité de travail a été raisonnablement exigible de 50% de manière continue jusqu'à 2008. Il y a eu l'intrication de problèmes aigus d'épaules, comme noté plus haut dans la discussion et l'observation de troubles psychiques par Docteur D._____ en 2008, même si celle-ci n'est pas psychiatre (cela n'invalide pas son anamnèse). Le Docteur L._____ a aussi décrit des symptômes anxio-dépressifs. Globalement, toujours en raison de l'intrication des problèmes physiques exacerbés plusieurs fois depuis 2002 et des problèmes psychiques, avec une souffrance morale qui a pu être sous-estimée pour les raisons mentionnées plus haut, nous considérons qu'il est raisonnable d'envisager une incapacité de travail de 50% de 2003 jusqu'à 2008. En 2008, Monsieur P._____ a retrouvé une capacité volitive qui lui a permis de se mettre en valeur dans le circuit économique, bien qu'à temps partiel, en tant que nettoyeur, activité qu'il a poursuivie jusqu'au moment de sa retraite, sans arrêt de travail, dit-il. Depuis début 2008, nous considérons rétrospectivement qu'il y a une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% car les problèmes physiques ne limitent pas une activité adaptée (en dehors de la période de l'infarctus myocardique en 2009) et l'amélioration subjective des symptômes psychiques a justement permis à Monsieur P._____ de se réinsérer lui-même dans le monde professionnel."

Les experts ont estimé que l'activité de mécanicien était exigible, pour autant qu'elle respecte les limitations énoncées dans la discussion et qu'il en allait de même des activités de manutention légère ou dans la mécanique légère. A la question "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?" ils ont répondu "Nulle depuis la date de l'incendie du garage en janvier 2002 et durant une année, puis capacité de travail de 50% jusqu'à 2008, puis capacité de travail globale préservée de 100%."

Dans ses déterminations du 28 janvier 2014, l'OAI, se fondant sur un avis du 21 janvier 2014 des Drs J._____ et B._____, a requis un complément d'expertise, soutenant que l'expertise est lacunaire dans la mesure où les experts s'écartent sans justification de l'appréciation du Dr W._____ du 20 juin 2006 quant à la capacité de travail du recourant pour la période de 2002 à 2008.

Il a joint à son écriture l'avis précité dont la teneur est la suivante :

“Nous avons pris connaissance avec intérêt de l’expertise pluridisciplinaire des Drs R._____, Z._____ et Y._____ du 17.12.2013.

Les diagnostics reconnus comme incapacitants sont les lombalgies chroniques non spécifiques sur troubles dégénératifs étagés, les omalgies droites chroniques d’étiologie indéterminée, et la modification durable de la personnalité après syndrome de stress post-traumatique.

En conférence de consensus, les experts retiennent une incapacité de travail totale dans toute activité du 29.01.2002 au 28.01.2003 en raison d’un hypothétique état de stress post-traumatique. Du 29.01.2003 au 31.12.2007, il y a une incapacité de travail de 50% en raison des troubles psychiques et de problèmes somatiques aigus. Depuis janvier 2008, il y a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Il convient de remarquer que l’incapacité de travail de 2002 à 2003 est purement spéculative, aux dires mêmes des experts. Pour ma part, je relève que le PTSD n’est mentionné par aucun des intervenants médicaux avant 2008 (expertise de la Dresse D._____). L’examen psychiatrique au SMR du 10.3.2006 ne retenait pas ce diagnostic.

De même, l’évaluation d’une incapacité de travail de 50% de 2003 à 2008 ne repose pas sur une observation factuelle, mais il est vrai qu’une appréciation rétrospective est un exercice particulièrement difficile. Les experts précisent que leur examen rhumatologique ne diffère pas de celui de la Dresse D._____ et du Dr V._____; ce sont essentiellement les douleurs subjectives qui ont varié. Pour ma part, je suis un peu surpris que les experts n’aient pas pris la peine de commenter l’examen du Dr W._____ en 2006, qui concluait à une pleine capacité de travail dans toute activité. Cette lacune devrait être comblée par un complément d’expertise. Les experts devraient au moins dire pour quelles raisons ils s’éloignent de l’appréciation du Dr W._____ pour la période de 2002 à 2008.
[...]

3. Cette question devrait faire l’objet d’un complément d’expertise.”

Dans ses déterminations du 1^{er} mai 2014, le recourant a conclu au rejet des déterminations de l’OAI. Il a estimé l’expertise amplement suffisante en tant qu’elle complète et confirme les expertises déjà présentes dans le dossier.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. En l'occurrence est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée.

3. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; TFA C 85/2003 du 20 octobre 2003, consid. 1.1), in casu la décision du 20 janvier 2012. Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après dès le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. ATF 130 V 448 spéc. p. 455; voir également ATF 130 V 329).

A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative. Depuis le 1^{er} janvier 2012, est par ailleurs entrée en vigueur la 6e révision AI, premier volet (RO 2011 p. 5659 ss.).

En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, 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 4e révision de la LAI (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA I 7/2005 du 17 mai 2005, consid. 2 et I 249/2004 du 6 septembre 2004, consid. 4) ou de la 5e révision de cette loi (cf. TF 8C_373/2008 du 28 août 2008, consid. 2.1).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 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. Depuis le 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 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, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 et I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.1).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant

au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5. a) Sur le plan somatique, les experts du CEM posent les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, actuellement non spécifiques, avec troubles dégénératifs pluriétagés, compatibles avec une évolution naturelle et d'omalgies droites chroniques récidivantes. La Dresse D._____ avait également posé le diagnostic de lombalgies chroniques et le Dr V._____ de lombopygialgies chroniques. Les experts relèvent d'ailleurs qu'en ce qui concerne les constatations physiques, il n'y a pas de différence fondamentale entre l'examen rhumatologique de la Dresse D._____ et du Dr V._____, ou encore de celui de l'interniste et du rhumatologue lors de l'expertise judiciaire, et que ce sont essentiellement les douleurs qui ont varié de lieu au cours de ces trois examens, phénomène subjectif qui ne peut être mesuré. Au plan radiologique, ils n'ont également pas d'éléments pour une progression rapide des troubles dégénératifs, lesquels vont évoluer naturellement avec les années.

Le 10 mars 2006, le Dr W._____ n'avait retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Toutefois, comme le relevait la Cour dans son précédent arrêt (cf. CASSO [...], consid. 2c/bb), le Dr W._____ a en substance mis les plaintes de l'intéressé sur la production de symptômes vraisemblablement de type factice. Or, un tel diagnostic n'est retenu par aucun psychiatre. Le Dr L._____ a exposé de façon convaincante les motifs pour lesquels il paraissait excessif, voire incorrect, de retenir un tel diagnostic, compte tenu des critères posés à ce propos dans la rubrique F68.1 de la CIM-10. La Dresse D._____ n'a pas

davantage retenu ce diagnostic, justifiant également par cette divergence le fait que son appréciation de la capacité de travail du recourant différerait de celle retenue par les médecins du SMR. La Dresse D._____ a en outre motivé, dans son rapport du 25 février 2008, les points de divergence entre son évaluation et celle de la Dresse H._____ et du Dr W._____, relevant notamment qu'une personne atteinte d'une affection dégénérative du rachis avec des lombalgies ou même des lombosciatalgies récidivantes pouvait présenter dans un intervalle peu douloureux une mobilité lombaire quasiment normale, ce qui avait été le cas lors de l'examen au SMR. Elle a en outre exposé qu'une personne qui a présenté des périarthropathies de l'épaule gauche et même une capsulite rétractile de l'épaule, peut avoir une musculature supérieure normale, et qu'elle n'a pas été frappée par ce développement important de la musculature du thénar et de l'hypothenar au niveau du membre supérieur droit, qui traduirait selon les médecins du SMR la persistance d'une activité physique manuelle (cf. rapport d'expertise privée du 25 février 2008 de la Dresse D._____, Rép. 6 en p. 13).

Pour ces raisons, les conclusions du Dr W._____ ne peuvent être suivies.

Au vu des troubles dégénératifs, pour lesquels, il n'y a pas de démonstration claire, clinique ni radiologique d'aggravation nette au cours des années (entre les examens de la Dresse D._____, le Dr V._____ et celui des experts), les experts admettent néanmoins les limitations fonctionnelles suivantes : les activités physiquement lourdes, celles qui seraient exposées à des vibrations corporelles, celles qui nécessiteraient le maintien de positions statiques prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de pouvoir changer la position, les mouvements répétitifs en porte-à-faux et les ports de charges, surtout en flexion antérieure du tronc.

Au plan rhumatologique, de même que neurologique et encore cardiologique, ils estiment que la capacité de travail médico-théorique dans toute activité qui respecterait les limitations fonctionnelles, peut être

estimée à 100%, et ce depuis janvier 2002, mais qu'il faut prendre en considération rétrospectivement de courtes périodes d'incapacité de travail vraisemblablement totale lors d'épisodes de lombalgies particulièrement plus aiguës notamment celles qui ont motivé une hospitalisation en février-mars 2002 ou encore celles décrites en 2005 par la Dresse N._____, par exemple, de même pour des douleurs sur capsulite de l'épaule gauche en 2003 constatées par cette praticienne ou la récurrence de périarthropathie droite en 2008 constatée par la Dresse D._____ ou encore l'incapacité de travail totale de deux à trois mois suite à l'infarctus de 2009. Ils relèvent que l'évolution actuelle, plus de dix ans après le début de l'arrêt de travail, avec des douleurs articulaires gérées au quotidien, ne nécessitant pas la prise d'antalgiques chaque jour et qui permettent encore au jour de l'expertise une bonne qualité de vie étaye l'absence rétrospective de limitation quant à une activité professionnelle dès 2002, même si dans les faits le recourant n'a pas exercé de travail dans le circuit économique.

b) Sur le plan psychiatrique, les experts du CEM retiennent une modification durable de la personnalité, évolution d'un syndrome de stress post- traumatique. Ils expliquent que vu la personnalité fruste du recourant, dont le discours est peu informatif, centré exclusivement sur les éléments concrets, avec une tendance à la généralisation, et du fait que les souffrances psychiques sont peu mentalisées, peu exprimées, il est difficile de décrire précisément a posteriori l'évolution des symptômes depuis 2002 mais qu'il apparaît assez clairement que l'événement de l'incendie a infléchi brutalement la trajectoire personnelle, sociale et professionnelle du recourant, qui n'a pu trouver les ressources après cet événement pour se réinscrire entièrement dans le tissu socioprofessionnel. Les experts estiment très probable qu'il y ait eu un syndrome de stress post-traumatique qui a évolué durant plusieurs mois après l'incendie et qui a laissé des séquelles psychologiques sous forme d'une modification durable de la personnalité, justement en raison de l'aspect fruste de la personnalité du recourant, qui ne permet pas une mentalisation et une expression des souffrances psychiques, comme cela a aussi été relevé par le Dr L._____, ces souffrances ayant exercé leurs

effets de manière délétère, sans être forcément clairement perçues par l'intéressé lui-même ni même parfois par les experts ou intervenants extérieurs. Tel a été le cas des Drs H._____ et T._____ notamment. Les experts considèrent que cela explique aussi probablement l'absence de suivi psychiatrique, le recourant n'étant que peu ou pas accessible à un tel traitement, fût-il même médicamenteux.

Sur le plan psychiatrique également, les explications des experts sont bien motivées et convaincantes.

c) En ce qui concerne l'incapacité de travail, les experts expliquent que son estimation ne peut être évaluée sans tenir compte de l'intrication des problèmes physiques et psychiques et qu'elle ne peut être tenue comme conséquence isolée d'une pathologie distincte. Dès lors que le descriptif par le recourant de son vécu quotidien montre qu'au moment de l'expertise les séquelles de l'évolution du syndrome de stress post-traumatique sont modérées et n'ont à elles seules pas été la cause de l'incapacité de travail au long cours, leur évaluation repose a posteriori sur les anamnèses recueillies par les divers examinateurs précédents. Ils estiment le plus cohérent de retenir une incapacité de travail complète à partir du 29 janvier 2002, date de l'incendie du garage et ce durant une année, temps durant lequel ils considèrent raisonnable de retenir l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique suffisamment important pour empêcher la reprise de l'activité professionnelle, et ceci d'autant plus que des problèmes physiques aigus, dont une hospitalisation en rhumatologie, ont eu lieu dans l'intervalle. Par la suite, ils évaluent la capacité de travail raisonnablement exigible à 50% de manière continue jusqu'à 2008 pour tenir compte de l'intrication de problèmes aigus des épaules, l'observation de troubles psychiques par la Dresse D._____ en 2008 et les symptômes anxio-dépressifs décrits par le Dr L._____, ainsi que globalement, toujours en raison de l'intrication des problèmes physiques exacerbés plusieurs fois depuis 2002 et des problèmes psychiques, avec une souffrance morale qui a pu être sous-estimée. Dès lors qu'en 2008, le recourant a retrouvé une capacité volitive qui lui a permis de se mettre en valeur dans le circuit économique, bien qu'à temps

partiel, en tant que nettoyeur, activité qu'il a poursuivie jusqu'au moment de sa retraite, sans arrêt de travail, ils considèrent rétrospectivement qu'il y a une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée (en dehors de la période de l'infarctus myocardique en 2009).

Les experts ont dès lors estimé que l'activité de mécanicien était exigible, pour autant qu'elle respecte les limitations énoncées dans la discussion et qu'il en allait de même des activités de manutention légère ou dans la mécanique légère. Dans l'activité lucrative exercée avant la survenue de l'atteinte à la santé, ils ont évalué la capacité de travail nulle depuis la date de l'incendie du garage en janvier 2002 et durant une année, puis de 50% jusqu'à 2008, puis une capacité de travail globale préservée de 100%.

d) Faisant état des plaintes du recourant et comportant une anamnèse, l'expertise du CEM procède d'une étude approfondie du cas du recourant tant sur la base du dossier que sur l'examen clinique. Exempte de contradictions, elle n'est mise en doute par aucun rapport médical et ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle a ainsi valeur probante (sur cette dernière notion, cf. consid. 4c supra).

En conséquence, il y a lieu de retenir les incapacités de travail déterminées par les experts.

6. a) Selon l'art. 29 al. 1 let. b et 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA), la rente étant allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24, al. 1, LPGA,

ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (art. 48 al. 2 LAI en vigueur en 2003).

b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence 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.

c) En l'espèce, l'incapacité de travail totale du recourant a débuté en janvier 2002 et a duré un an. Elle était de 50% dans sa profession ou dans une autre profession adaptée depuis le 1^{er} janvier 2003 jusqu'au 31 décembre 2007. Sa capacité de gain était entière dans son ancienne profession depuis 2008.

Le recourant ayant déposé sa demande le 24 mars 2003, il a ainsi droit à une rente entière du 1^{er} janvier au 31 mars 2003, puis à une demi-rente jusqu'au 31 mars 2008.

d) Le recours doit ainsi être admis et la décision attaquée réformée en ce sens.

e) Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert l'OAI, le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de

statuer en pleine connaissance de cause (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 8C_285/2013 du 11 février 2014, consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1).

f) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 francs, au regard de l'importance et de la complexité du litige, et de les mettre à la charge de l'OAI.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'est allouée à P._____ une rente entière du 1^{er} janvier au 31 mars 2003, puis dès le 1^{er} avril 2003 une demi-rente jusqu'au 31 mars 2008 inclus.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

IV. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Georges Reymond (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :