

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J. _____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) né en 1970, séjournant en Suisse depuis 1994, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de manœuvre (aide-coffreur) pour l'entreprise V._____ SA à [...] à compter de 2001. Le 4 décembre 2003, il a été victime d'un accident de travail, se blessant à la main et au poignet droits lors d'une chute. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), assureur-accidents.

Un rapport médical du 26 décembre 2003 du Centre Médical Chirurgical du [...] à [...] adressé à la CNA a fait état d'une fracture du scaphoïde droit, entraînant une incapacité de travail à 100% dès le 5 décembre 2003. Selon un Ct-scan du poignet droit effectué le 27 avril 2004 par le Dr W._____ radiologue au sein de l'Institut d'imagerie médicale [...] SA à [...], une pseudarthrose au niveau de la fracture du scaphoïde avec probable nécrose du fragment proximal a été mise en évidence. En date du 12 août 2004, l'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par la Dresse H._____, chirurgienne à la Permanence de [...] à [...], sous la forme d'une cure de pseudarthrose avec greffe prélevée au niveau de la crête iliaque droite et fixation par un double embrochage. L'ablation des broches a été pratiquée le 3 février 2005.

A la suite d'un examen clinique effectué le 28 avril 2005, le médecin d'arrondissement de la CNA a relevé ce qui suit:

"Status 8 ½ mois après une cure chirurgicale de pseudarthrose du scaphoïde carpien droit par greffe. Nous n'avons pas les dernières radiographies à disposition mais le Dr H._____ signalait au début mars 2005 une non consolidation proximale. La mobilité du poignet est fortement limitée. La force de préhension de la main est nulle. En l'état actuel des choses, l'incapacité de travail totale est certainement justifiée. Le Dr H._____ de la clinique de [...] voudra bien nous donner des nouvelles de l'évolution après la consultation prévue."

Le 12 mai 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle ou d'une rente.

Dans un rapport médical du 21 juin 2005 établi par la Dresse H. _____ à la suite d'un examen pratiqué le 29 avril 2005 et adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), cette chirurgienne a mentionné un arrêt de travail à 100% depuis le 12 août 2004 en précisant que des radiographies devaient encore être effectuées en raison de consolidations de greffons tardives. Le pronostic était réservé, la reprise de la profession de coffreur paraissant compromise.

Dans un rapport d'examen médical final du 27 septembre 2005, le médecin d'agence de la CNA [...] a constaté qu'une année et un mois après l'intervention chirurgicale, la fracture était consolidée mais qu'il subsistait une importante limitation fonctionnelle du poignet avec diminution de la force de préhension. Il a précisé que l'évolution de cette force de préhension dépendait uniquement de la volonté de l'assuré. Un examen effectué le 16 février 2006 a conduit ce médecin à conclure que "l'activité sur les chantiers n'est pas recommandée. Dans un autre travail de type industriel, sans port de charge à l'aide des deux mains, est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100%".

Dans un rapport d'examen du 20 avril 2006, le Dr D. _____, médecin au SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande) a posé le diagnostic principal de séquelles d'une pseudarthrose du scaphoïde carpien droit traité chirurgicalement ainsi que la pathologie associée invalidante d'arthrose débutante radio-carpienne droite. Il retenait une incapacité de travail de 100% dès le 4 décembre 2003 dans la profession habituelle, l'assuré bénéficiant toutefois d'une capacité de travail résiduelle entière à compter du 1^{er} novembre 2005 dans une activité adaptée, soit un travail sans préhension ni port de charges de la main droite, sans port de lourdes charges à gauche et n'impliquant pas une mobilité entière du poignet droit.

Dans un rapport final du 12 juillet 2006, la Division réadaptation de l'OAI a pris en considération l'ensemble des circonstances d'espèce, soit en particulier l'absence de formation professionnelle et le faible salaire avant l'atteinte à la santé, pour renoncer à proposer la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel.

Dans ses rapports médicaux intermédiaires des 10 octobre 2006 et 3 septembre 2007 adressés à la CNA, le Dr O._____, médecin traitant, a constaté que son patient faisait toujours état de douleurs locales au poignet droit ainsi que d'une faiblesse de la main droite. Il était d'avis qu'une reprise du travail n'était pas envisageable, un dommage permanent étant à craindre.

Par projet de décision du 2 juin 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2004 jusqu'au 31 janvier 2006. Ses observations médicales étaient les suivantes:

"Depuis le 4 décembre 2003 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

En date du 9 mai 2005, vous avez déposé une demande de prestations. Vous avez travaillé comme aide-coffreur, profession devenue contre-indiquée en raison de votre état de santé. Des pièces médicales en notre possession, il ressort que votre capacité de travail est entière dans une activité adaptée à votre état de santé soit dans une activité qui ne comporte pas de préhension et port de toutes charges de la main droite, pas de port de charges lourdes à gauche et travail exigeant une mobilité entière du poignet droit ceci depuis le 1^{er} novembre 2005.

En effet, pour la période précédant novembre 2005, nous arrivons à la conclusion que votre capacité de travail et de gain est nulle dans toute activité professionnelle. [...]"

Par décision du 12 décembre 2008, la CNA, estimant que l'état de santé de son assuré était stabilisé, a mis fin au versement de l'indemnité journalière dès le 31 janvier 2009. A compter du 1^{er} février 2009, il était reconnu apte à reprendre un travail au maximum de ses capacités.

Par décision du 27 février 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 2 juin 2008 tendant à l'allocation d'une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} décembre 2004 au 31 janvier 2006.

B. Le 21 avril 2009, J._____ a recouru contre la décision précitée. Il conclut principalement à son annulation en tant qu'elle limite son droit à la rente pour la seule période du 1^{er} décembre 2004 au 31 mars (recte: 31 janvier) 2006, respectivement au constat du droit à une rente entière postérieurement au 31 janvier 2006, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction puis nouvelle décision.

Par décision du 16 juin 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 21 avril 2009, Me Olivier Carré étant désigné avocat d'office.

Le 15 juillet 2009, le recourant a produit la copie d'un rapport médical établi le 12 juin 2009 par le Prof. L._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre Anti-Douleur à [...], à l'intention du médecin traitant O._____. A la suite d'une consultation du 10 juin 2009, le Prof. L._____ a observé ce qui suit:

"A l'examen clinique, on observe un status neurologique pathologique: il y a plusieurs points-gâchette dans la cicatrice qui présente une hypersensibilité et en aval, on constate une diminution diffuse de la sensibilité et surtout une allodynie dans un territoire qui correspond à celui du nerf cutané de l'avant-bras. Dans la même zone, la température cutanée est diminuée de façon pathologique d'environ 2°C par rapport au territoire correspondant sur la main gauche. Ce status est compatible avec un enclavement et probablement également une lésion du nerf susmentionné.

L'examen local de la crête iliaque met en évidence une diminution de la sensibilité dans tout le territoire du nerf cutané fémoral latéral droit, ainsi qu'un point-gâchette dans la cicatrice, ce qui est compatible avec une lésion de nerf. Il s'agit d'une complication relativement fréquente dans le type d'opération que le patient a subi. Il n'y a pas d'allodynie dans la zone hypoesthésique.

Dans ce genre de situation, seule une révision micro-chirurgicale au niveau des nerfs engagés pourrait améliorer l'état du patient. [...]"

Le 7 août 2009, le recourant a produit une confirmation de rendez-vous établie par le Dr X. _____ du centre de Consultation de Chirurgie plastique et reconstructive au [...] pour une 1^{ère} visite liée à une éventuelle opération telle qu'évoquée par le Dr L. _____ au terme de son rapport du 12 juin 2009.

Dans sa réponse du 12 août 2009, l'OAI propose le rejet du recours. Il est d'avis qu'un renvoi du dossier pour nouvelle instruction ne se justifie pas.

En annexe à sa réplique du 6 novembre 2009, le recourant a produit un courrier du 19 octobre 2009 du Dr G. _____, chirurgien et médecin-chef du Service de chirurgie plastique et reconstructive au [...], préconisant de mettre en œuvre un examen électromyographique afin de poser un diagnostic neurologique précis. Invoquant la nécessité de procéder à ce complément d'instruction, le recourant a requis la suspension de la procédure. Réagissant par courrier du 1^{er} décembre 2009, l'intimé a estimé qu'une suspension de la cause ne se justifiait pas, se fondant à cet égard sur un avis médical du SMR établi le 25 novembre 2009 par le Dr C. _____, lequel considérait que plus de six ans après l'accident, il n'y avait aucune raison médicale pour qu'un examen électromyographique, suivi ou non d'une intervention chirurgicale, soit en mesure de modifier significativement les limitations fonctionnelles, le Dr G. _____ n'apportant par ailleurs aucun élément médical nouveau.

Le 8 janvier 2010, le recourant a renoncé à la suspension de la procédure, mais a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a également produit un certificat médical du 14 décembre 2009 de son psychiatre, le Dr K. _____, faisant état de "flash-back" consécutifs à l'accident, soit d'un traumatisme qui interférerait encore sur la capacité de travail.

Dans ses déterminations du 28 janvier 2010, l'intimé a relevé que le certificat médical du Dr K. _____ n'était pas susceptible de remettre en cause le bien fondé de sa décision.

Le 14 juillet 2010, le juge instructeur a confié au Centre d'Expertise Médicale (CEMED) de [...] la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique). A la suite d'examens cliniques réalisés les 22, 23 septembre et 16 décembre 2010, les Drs A._____, rhumatologue, B._____ neurologue et N._____, psychiatre du CEMED ont établi leur rapport le 10 juin 2011, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Synthèse et discussion

[...]

Situation actuelle et conclusions:

Sur le plan rhumatologique les douleurs sont toujours présentes, touchant surtout le poignet droit, irradiant dans la main droite, et tout le bras droit jusqu'à la tête. Il se plaint également de douleurs de la crête iliaque antéro-supérieure droite suite à la prise de greffe osseuse, douleurs constantes, irradiant dans toute la cuisse droite, et augmentées à la marche.

A l'examen clinique, le membre supérieur droit est en écharpe, sans attelle de poignet.

Il existe une discrète asymétrie en défaveur de la droite avec une discrète amyotrophie du trapèze, une chute de l'épaule et une discrète amyotrophie du bras (diamètre du bras droit inférieur à gauche chez un patient droitier). Il n'y a pas d'amyotrophie de l'avant-bras ni de la main droite. Il n'y a pas de signe clinique en faveur d'une algodystrophie. La mobilité passive des articulations est quasi complète sans raideur ni limitation.

En revanche, à la mobilisation active, il existe une nette diminution de la mobilité de l'épaule, du coude et surtout du poignet et des doigts, dans tous les plans.

La cicatrice de la région de la crête iliaque antéro-supérieure est calme, sensible, avec une sensibilité également à la palpation de l'échancrure, sans trigger.

Le reste de l'examen clinique est normal.

Les rapports des différents examens complémentaires effectués jusqu'en 2005 montrent uniquement des signes en faveur d'une arthrose radio-carpienne débutante du poignet. Un EMG du 23.10.2009 est normal.

Des radiographies sont répétées le 30.09.2010, des mains, et du poignet droit face-profil et obliques. On note une déminéralisation diffuse modérée de tout le poignet et la main, probablement de non utilisation. Il n'y a pas de pseudarthrose ni de nécrose du scaphoïde. Il n'y a pas de marche d'escalier intra-articulaire. La prise de greffe est bonne. On note uniquement un début de pincement articulaire

radio-carpien. Pas de diastasis entre le scaphoïde et le semi-lunaire. Sur l'incidence de profil, le semi-lunaire semble un peu basculé vers l'arrière mais lors de la prise du cliché, un positionnement correct n'a pas été possible selon le rapport des radiographies.

En conclusion, Monsieur J. _____ présente des douleurs résiduelles persistantes et invalidantes du poignet droit, suite à une fracture du scaphoïde ostéosynthésée en 2004 avec prise de greffe osseuse au niveau de la crête iliaque antéro-supérieure droite. L'évolution est lente mais fin 2005, les examens montrent une bonne consolidation.

Lors de cette expertise, à l'examen clinique, il n'y a pas d'élément pour une algodystrophie du MSD (pas de modification cutanée, pas d'atrophie musculaire, pas d'enraidissement des articulations...). Il n'y a pas de limitations de mobilité des articulations du MSD, à la mobilisation passive. En actif tous les mouvements sont décrits comme douloureux. Il existe uniquement une discrète amyotrophie diffuse relative du bras avec une circonférence réduite de 1 cm par rapport au membre controlatéral, mais pas de l'avant-bras droit.

Les radiographies effectuées dans le cadre de cette expertise montrent une déminéralisation modérée diffuse, avec une bonne consolidation du scaphoïde sans pseudarthrose ni nécrose, et des signes de troubles dégénératifs débutants de l'articulation radiocarpienne, sans modification depuis fin 2005.

L'amyotrophie et la déminéralisation radiologique modérée sont probablement en relation avec une sous-utilisation du membre supérieur. Cependant, il n'y a pas d'éléments objectifs expliquant cette sous-utilisation, ni l'importance des douleurs.

Il n'y a pas non plus d'éléments objectifs expliquant les douleurs de l'aile iliaque droite, plus de 4 ans après une prise de greffe osseuse.

Concernant le traitement, Monsieur J. _____ pourrait bénéficier d'une meilleure antalgie et d'une prise en charge de remobilisation en ergothérapie et éventuellement le port d'une attelle de poignet lors des activités telles que le port occasionnel de charges. A noter qu'il se présente à l'expertise avec le bras en écharpe, mais sans attelle.

Concernant les limitations fonctionnelles, en raison des douleurs, il est limité dans les mouvements répétés avec le poignet, les travaux lourds avec le membre supérieur droit ainsi que dans les ports répétés de charges lourdes.

Du point de vue de sa capacité de travail, elle reste de 0% sur les chantiers surtout en tant que coffreur. En revanche dans une activité légère ne nécessitant pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit ni de port répété de charges lourdes, sa capacité de travail est de 100%.

Sur le plan neurologique Monsieur J. _____ se plaint de la persistance de douleurs constantes au niveau du poignet droit irradiant distalement au niveau de la main (dos et paume), puis remontant le long du membre supérieur droit jusqu'au niveau de la nuque. Il signale en outre un blocage persistant du poignet droit, des paresthésies au niveau du dos et de la paume de la main et des

doigts droits, un certain manque de sensibilité de l'avant-bras droit, ainsi qu'un manque de force global du membre supérieur droit prédominant à la main.

Monsieur J. _____ signale également des douleurs partant de l'aile iliaque antéro-supérieure droite irradiant à la face antérieure de la cuisse, présentes essentiellement à la marche et en station debout sur place prolongée, ceci sans troubles sensitifs rapportés spontanément mais avec une impression de manque de force du membre inférieur droit et l'obligation d'arrêter ses déplacements après dix minutes de marche.

Le traitement comporte Dafalgan 4 fois 1g/jour, sans autre. On notera cependant que le monitoring médicamenteux montre une absence de la substance.

A l'examen neurologique, les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées si ce n'est que la marche sur la pointe des pieds est bizarrement caractérisée par des phénomènes de lâchages à droite.

L'examen des paires crâniennes révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite, sans asymétrie des réflexes cornéens.

A l'examen des membres supérieurs, on note tout d'abord une absence de mobilisation spontanée du membre supérieur droit. La mobilisation de l'épaule droite de même que la mobilisation du poignet droit paraissent douloureuses. L'épreuve les bras tendus est sans chute mais caractérisée par une pronation de la main droite. Les mouvements rapides sont fortement ralentis à droite et normalement possibles à gauche. Alors qu'il n'y a pas d'amyotrophie ni d'hyporéflexie tendineuse, le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre supérieur droit sans déficit moteur évident. L'examen de la sensibilité est caractérisé par une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur droit sans topographie radiculaire ou tronculaire. La recherche d'éventuels signes d'irritation sur l'ensemble des troncs nerveux du membre supérieur droit est négative notamment en ce qui concerne le nerf médian, le nerf cubital ainsi que le nerf brachial cutané externe et interne. L'examen du tronc est sans particularité.

Au niveau des membres inférieurs, on note une cicatrice de prise de greffe au niveau de l'épine iliaque supérieure droite sensible mais sans franc signe de Tinel. Pour le reste, l'examen des membres inférieurs révèle une chute freinée du membre inférieur droit à l'épreuve les jambes fléchies, un ralentissement des mouvements rapides au niveau du membre inférieur droit, des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire du membre inférieur droit et enfin une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit épargnant le pied, avec l'absence d'hypoesthésie tactile et douloureuse clairement localisée au niveau du territoire du nerf fémoro-cutané latéral droit. Contrastant avec les troubles sensitivo-moteurs précités, la trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés.

En conclusion, les plaintes formulées par Monsieur J._____ et les constatations rapportées ci-dessus, permettent d'écartier l'existence d'une atteinte neurologique périphérique significative tant au niveau du membre supérieur droit que du membre inférieur droit.

En effet, les troubles sensitivomoteurs sont atypiques, sans topographie radiculaire ou tronculaire, avec notamment des troubles sensitifs intéressant la face, le membre supérieur droit et le membre inférieur droit dans leur ensemble. Le testing de la force musculaire met en évidence des déficits moteurs globaux au niveau des membres supérieur et inférieur droits sans caractère radiculaire ou tronculaire, déficits moteurs contrastant avec des possibilités fonctionnelles préservées, l'absence d'amyotrophie et d'altération des réflexes tendineux.

Rappelons que l'ENMG pratiqué par le Docteur F._____ n'avait pas démontré d'atteinte significative des troncs nerveux au niveau du membre supérieur droit. Compte tenu du caractère atypique des plaintes et des constatations cliniques et du résultat du bilan pratiqué préalablement par le Docteur F._____, nous avons renoncé à un nouvel ENMG qui n'aurait pas apporté d'information significative, notamment dans le contexte de manque de collaboration.

Compte tenu des éléments susmentionnés, nous concluons que l'anamnèse, l'examen clinique, le résultat des examens complémentaires pratiqués préalablement n'apportent pas d'arguments en direction d'une atteinte structurale du système nerveux périphérique (et central également) à l'origine des plaintes formulées par Monsieur J._____.

Il n'y a en conséquence pas d'incapacité de travail à retenir.

Sur le plan psychique Monsieur J._____ décrit des douleurs, des troubles du sommeil, un état de nervosité, des problèmes de concentration et de mémoire. Il est anxieux. Il se réveille parfois la nuit en raison des cauchemars qu'il fait concernant l'accident. Il y repense aussi la journée mais il repense alors au contenu du cauchemar qu'il a fait la nuit précédente. Lorsqu'il est en hauteur, il ressent des angoisses. A noter qu'au moment de l'accident il n'a pas eu la crainte de mourir.

A l'observation clinique, on observe un léger rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs, mais ceci n'est pas très marqué. Il n'y a pas de comportement particulièrement algique durant l'entretien. Monsieur J._____ se détend progressivement. La collaboration est parfois difficile. Les réponses sont souvent assez imprécises. Il peut se montrer assez souvent souriant. L'évocation de son accident ne provoque pas de symptômes neurovégétatifs d'angoisse.

Le monitoring thérapeutique montre des taux indétectables pour le paracétamol alors que Monsieur J._____ affirme en prendre 3 à 4 grammes par jour. Le taux de Tramadol est aussi indétectable. Toutefois cela se comprend par l'arrêt du Zaldiar il y a un an.

En conclusion, sur la base de ces éléments, il est assez difficile de retenir un diagnostic précis en raison de plaintes assez protéiformes et souvent peu précises.

Le Docteur K._____ évoque des éléments de stress liés à l'accident. On note que Monsieur J._____ n'a pas eu la crainte de mourir au moment de l'accident, même s'il était très anxieux. Cette crainte n'est venue que par la suite. L'accident dont il a été victime ne répond pas aux critères requis pour un syndrome de stress post-traumatique qui implique un accident exceptionnellement menaçant ou catastrophique. Actuellement Monsieur J._____ décrit des cauchemars. Il repense à ses cauchemars durant la journée. On n'observe pas de réaction neuro-végétative à l'évocation de l'accident. Un syndrome de stress post-traumatique n'avait pas non plus été rapporté lors de son évaluation à la CRR.

De même, il n'y a pas d'éléments en faveur d'une modification de la personnalité secondaire à un traumatisme psychique. On pourrait par moments considérer qu'il y a un retrait social, mais l'anamnèse plus détaillée nous montre en fait que Monsieur J._____ a surtout perdu ses relations sociales suite au départ de ses connaissances.

Le tableau clinique doit faire évoquer soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, soit une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques. On note que Monsieur J._____ est assez fixé sur son accident. Il décrit des douleurs. Toutefois cela n'est pas envahissant dans son discours. Il n'y a pas non plus de comportement manifestement algique. En revanche on note l'épargne de son membre supérieur durant l'entretien.

Monsieur J._____ devait envoyer de l'argent à des proches restés au pays. Il y a eu des problèmes avec ses proches pour des questions d'argent et il estime avoir été spolié. A cela s'ajoute le départ de plusieurs de ses connaissances et de ses frères. Ces deux éléments représentent des causes de conflits intrapsychiques. Chez cette personne ayant peu de capacité d'élaboration psychique et des capacités intellectuelles à la limite, ces événements n'ont pas été assimilés.

Suite à l'accident de travail, ses conflits intrapsychiques se sont manifestés sous la forme de plaintes algiques persistantes s'intégrant dans le syndrome douloureux somatoforme persistant. Cette affection est aussi caractérisée par des phénomènes d'amplification à l'examen somatique. Actuellement, Monsieur J._____ est pris dans un processus d'invalidation.

L'expertisé épargne son membre supérieur droit. Cela pourrait suggérer un trouble dissociatif. Toutefois nous n'observons pas de perte de la fonction motrice ou sensitive. Le MSD n'est pas exclu du schéma corporel.

La question d'un trouble de l'humeur se pose. Monsieur J._____ se montre assez souriant durant l'entretien. On n'observe pas de ralentissement psychique. Il n'y a pas non plus d'élément en faveur d'une dysthymie.

Le problème se pose principalement au niveau des ressources de Monsieur J._____ et de sa personnalité qui est assez frustrée. Il ne présente pas de trouble de la personnalité, mais ses capacités

d'adaptations sont faibles. Cela est structurel et ne représente pas en soi une affection psychiatrique. A cela s'ajoute des comportements auto-limitatifs déjà observés par le passé. Cela n'est pas la cause d'une incapacité de travail dans son activité habituelle. L'expertisé est pris dans un processus d'invalidation également déjà mentionné par le passé. Cela compliquera toute mesure de réadaptation professionnelle.

Sur un plan médical strict, la capacité de travail est complète.

Réponses aux questions de l'assurance-invalidité

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Douleurs chroniques au poignet droit et du MSD après ostéosynthèse en 2004 pour fracture du scaphoïde.
- Arthrose radio carpienne débutante à droite.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Troubles algiques et sensitivomoteurs des membres supérieur et inférieur droits sans substrat somatique objectivable et notamment sans substrat post-traumatique.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique

En raison des douleurs du poignet et de l'arthrose débutante, il ne peut pas porter des charges lourdes, ni effectuer des activités nécessitant des mouvements répétés avec le poignet droit.

Sur le plan psychique et mental

Aucune.

Sur le plan social

Aucune.

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

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

En raison des limitations mentionnées, il ne peut pas exercer son activité de coffreur sur les chantiers.

[...]

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

Oui.

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?

Respect des limitations mentionnées.

Le port d'une attelle de poignet pourrait l'aider à effectuer certaines activités manuelles (port de charges occasionnel par exemple).

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

A 100%.

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

Non.

[...]

Remarques et/ou autres questions:

Il nous paraît pertinent que les experts désignés se déterminent aussi précisément que possible sur la chronologie des incapacités de travail dans l'activité habituelle de l'assuré ainsi qu'une activité adaptée, ce entre le 4 décembre 2003 et le 27 février 2009.

La capacité de travail est nulle dans son ancienne activité de coffreur depuis l'accident et le reste. En revanche, il pourrait exercer une activité adaptée, depuis début 2006 à 100%."

Le 5 juillet 2011, l'intimé a produit un avis médical du SMR du 27 juin 2011 établi par le Dr C._____, lequel estime que le rapport d'expertise judiciaire pluridisciplinaire remplit les critères de qualité requis de sorte qu'il est admis que le recourant bénéficie d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 4 décembre 2003 mais qu'une pleine capacité existe dans une activité adaptée depuis janvier 2006. L'intimé confirme ainsi les conclusions de sa réponse.

Le 27 octobre 2011, le recourant a produit un rapport d'expertise privée du 23 octobre 2011 du Dr M._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue. Cet expert pose des diagnostics similaires à ceux ressortant de l'expertise judiciaire. Dans son évaluation de la capacité de travail, il considère cependant qu'au vu de l'instabilité ligamentaire, même un travail léger (sans mouvements du poignet droit) s'avère ne pas être exigible. L'avocat du recourant souligne qu'aux dires du Dr M._____ la différence d'approche avec le CEMED s'expliquerait par le fait que l'appréciation des experts judiciaires aurait dû être complétée par l'avis d'un orthopédiste et d'un traumatologue, ceci afin d'apprécier les conséquences des lésions de la première rangée des os du carpe. L'expert privé s'est vu contraint de faire tirer de nouvelles images radiologiques afin de mettre en évidence les lésions retenues. Le Dr M._____ est d'avis que des pistes thérapeutiques pourraient être explorées et qu'une analyse plus fine serait possible à l'issue de cette démarche.

A l'appui de ses déterminations du 18 novembre 2011, l'intimé produit un avis médical SMR du 10 novembre 2011 rédigé par le Dr C. _____ auquel il se rallie et dont il ressort ce qui suit:

"Le rapport d'expertise privée, réalisée par le Dr M. _____, chirurgien orthopédiste FMH, fait état d'une anamnèse sommaire compte tenu d'une évolution de huit années depuis l'accident. Cette anamnèse est centrée exclusivement sur la problématique du poignet droit, à l'exclusion des plaintes douloureuses étendues à tout l'hémicorps droit.

L'examen clinique est lacunaire dans la mesure où il ne mentionne aucune des amplitudes articulaires du poignet atteint, ni en mobilisation active, ni en mobilisation passive, se contentant de faire état des douleurs aux différents mouvements et à la palpation.

Les examens complémentaires en revanche sont détaillés et permettent d'étayer les diagnostics retenus par l'expert.

La discussion se limite à l'analyse de quelques points (p.5, «chap IX. Circonstances spécifiques») qui ne constitue pas une argumentation permettant de soutenir les conclusions concernant la capacité de travail de l'assuré.

Cette capacité de travail est estimée nulle dans l'activité antérieure, ce qui fait l'unanimité des médecins intervenus dans ce dossier. L'expert estime nulle la capacité de travail dans une activité légère et sans mouvement répétitif du poignet droit. Soit. Cela ne signifie toujours pas qu'aucune activité adaptée n'est possible. En effet, on ne voit pas ce qui empêcherait l'assuré d'exercer une activité adaptée, par exemple monomanuelle gauche. Il n'y a par conséquent aucune justification médicale à une incapacité de travail totale dans toute activité. Il n'est de ce fait pas possible de se rallier aux conclusions de l'expert sur ce point.

Bien qu'il ait eu accès à un dossier médical complet, comme en atteste en page 2 la liste des pièces à sa disposition, l'expert ne motive à aucun moment les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions de la SUVA et des experts du CEMED. Les points litigieux ne sont donc pas éclaircis.

Pour les raisons développées ci-dessus, cette expertise manque de valeur probante et ses conclusions ne peuvent pas être suivies.

[...]

En conclusion, le rapport d'expertise privée du Dr M. _____ manque de valeur probante et ne jette pas de doute sérieux sur les conclusions concordantes de la SUVA et des experts du CEMED, permettant de reconnaître une exigibilité médicale de 100% dans une activité adaptée."

Le 19 décembre 2011, Me Olivier Carré a produit la liste détaillée de ses opérations et débours, au titre de l'assistance judiciaire.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours a été formé en temps utile, compte tenu en particulier des fêtes de Pâques 2009 (cf. art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA), et dans le respect des conditions de forme prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA) de sorte qu'il est recevable.

2. Le requérant conteste en l'espèce n'avoir droit qu'à une rente entière limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} décembre 2004 au 31 janvier 2006 et conclut à la reconnaissance de ce droit postérieurement à cette date. Il soutient, en se fondant sur son dossier médical, que suite à son accident de décembre 2003, son état de santé ne lui permettrait plus d'accomplir quelque travail, même léger et sans mouvements répétitifs de son poignet droit. L'office intimé retient pour sa part qu'à compter du début de l'année 2006, le requérant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité monomanuelle (gauche) adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit sans port de charges lourdes, ni de mouvements répétés avec le poignet droit). Il fait siennes à cet égard les constatations

et conclusions ressortant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMED du 10 juin 2011.

a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs

impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2).

c) En l'espèce, l'office intimé retient que l'exercice à plein temps et sans diminution de rendement d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est exigible de la part du recourant depuis le début 2006, ne voyant pas d'empêchements à l'exercice d'une activité monomanuelle avec la main gauche valide. Ces constatations se fondent en particulier sur les rapports médicaux du médecin-conseil de la CNA ainsi que sur le rapport pluridisciplinaire établi par les experts judiciaires du CEMED.

Le recourant a produit quant à lui plusieurs avis médicaux divergents en procédure de recours, lesquels ont conduit le juge instructeur à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au CEMED de [...]. Réagissant aux conclusions de cette expertise judiciaire, le recourant a produit un rapport d'expertise privée du Dr M._____ et fait observer que les conclusions liées à l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée diffèrent de celles des experts du CEMED. A suivre le Dr M._____, compte tenu d'une instabilité ligamentaire persistante, plus aucun travail (même léger et n'impliquant pas de mouvements du poignet droit) ne serait exigible du recourant.

Cela étant, les parties s'accordent à admettre qu'à compter de l'accident survenu le 4 décembre 2003, le recourant ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle d'aide-coffreur sur les chantiers. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, les avis des experts du CEMED et celui du Dr M. _____ s'opposent. Ainsi, au terme de leurs examens cliniques pratiqués les 22, 23 septembre et 16 décembre 2010, les spécialistes du CEMED posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs chroniques au poignet droit et du membre supérieur droit après ostéosynthèse en 2004 pour fracture du scaphoïde et d'arthrose radio carpienne débutante droite. Ils retiennent que sur les plans rhumatologique, neurologique et psychique, le recourant bénéficie d'une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée à partir de janvier 2006. Les limitations fonctionnelles retenues tiennent au port de charges lourdes ainsi qu'aux activités impliquant des mouvements répétés avec le poignet droit.

Sur le plan rhumatologique, se fondant sur un examen clinique et les pièces médicales du dossier, la Dresse A. _____ du CEMED relève que le recourant présente des douleurs résiduelles persistantes et invalidantes au poignet droit consécutives à une fracture du scaphoïde ostéosynthésée en 2004 avec prise de greffe osseuse au niveau de la crête iliaque antéro-supérieure droite. L'évolution qualifiée de lente révèle néanmoins une bonne consolidation à la fin de l'année 2005. Cette praticienne ne trouve pas d'éléments dans le sens d'une algodystrophie du membre supérieur droit mais souligne qu'en actif tous les mouvements sont décrits comme étant douloureux. Les radiographies à disposition montrent toutefois une déminéralisation modérée et une amyotrophie dont l'étiologie est probablement due à une sous-utilisation du membre supérieur. Soulignant que le recourant pourrait bénéficier d'une meilleure antalgie, d'une prise en charge de remobilisation en ergothérapie et éventuellement du port d'une attelle au poignet lors du port occasionnel de charges, la Dresse A. _____ est d'avis que dans une activité légère ne nécessitant pas de mouvements répétés avec le membre supérieur

droit ni de port répété de charges lourdes, la capacité de travail du recourant est de 100%.

Sous l'angle neurologique, le Dr B. _____ du CEMED note que le recourant se plaint de la persistance de douleurs constantes partant du poignet droit et remontant le long du membre supérieur droit jusqu'à la nuque. Il fait par ailleurs état de douleurs signalées depuis l'aile iliaque antéro-supérieure droite irradiant à la face antérieure de la cuisse avec une impression de manque de force. Après examen, ce spécialiste conclut que les plaintes formulées et les constatations rapportées permettent d'exclure une atteinte neurologique périphérique significative tant aux niveaux des membres supérieur et inférieur droit. Les troubles sensitivomoteurs sont qualifiés d'atypiques, sans topographie radiculaire ou tronculaire, avec notamment des troubles sensitifs intéressant la face, le membre supérieur droit et le membre inférieur droit dans leur ensemble. Au vu de l'absence d'arguments en faveur d'une atteinte structurelle du système nerveux périphérique et central à l'origine des plaintes, il n'existe pas d'incapacité de travail sur le plan neurologique.

Sur le plan psychique, le Dr N. _____ du CEMED observe que le recourant fait état de douleurs, de troubles du sommeil, d'un état de nervosité, de problèmes de concentration et de mémoire. Il se dit également anxieux. A l'examen, ce psychiatre note que l'évocation de l'accident survenu en décembre 2003 ne provoque pas de symptômes neurovégétatifs d'angoisse. Il précise que lors de cet accident, le recourant n'a pas eu la crainte de mourir, même s'il était très anxieux, de sorte que cet événement ne remplit pas les critères d'un syndrome de stress post-traumatique. Le tableau clinique évoque ainsi, soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, soit une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques, l'intéressé étant actuellement pris dans un processus d'invalidation. Partant, sur un plan strictement médical, la capacité de travail est considérée complète.

Il est ici le lieu de constater que la capacité de travail entière dans une activité adaptée à partir de janvier 2006, telle que retenue par les experts du CEMED, est corroborée par les avis médicaux concordants des 28 avril 2005, 27 septembre 2005 et 16 février 2006 du médecin d'agence de la CNA.

A cela s'ajoute que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMED se fonde sur une anamnèse rhumatologique, neurologique et psychiatrique qui englobe les plaintes du recourant, énonce un status pour chacun de ces domaines objectif, pose des diagnostics clairs et procède d'une synthèse puis d'une discussion du cas dûment motivée et exempte de contradictions, qui tient en particulier compte des avis médicaux émanant des médecins consultés par le recourant. Etabli par des médecins spécialisés, sur la base d'une étude consciencieuse de l'ensemble des pièces et documents médicaux mis à disposition, il y a lieu d'attribuer pleine valeur probante au rapport d'expertise du CEMED, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 2b supra.

Certes, à l'appui de sa contestation, le recourant se prévaut des constatations opérées par le Dr M. _____ au terme de son rapport d'expertise privée du 23 octobre 2011 à teneur desquelles même un travail léger sans mouvement répétitif du poignet droit serait proscrit eu égard à une instabilité ligamentaire persistante. Toutefois, à lecture de ce rapport, on relève que l'anamnèse est brève et qu'elle se limite à relater la problématique du poignet droit, sans faire mention des plaintes rapportées en lien avec les autres parties du corps, soit aux niveaux des membres supérieur et inférieur droits. S'agissant de l'examen clinique, il fonde des diagnostics relatifs au poignet droit qui sont superposables à ceux retenus par les experts du CEMED. En outre, le Dr M. _____ n'indique pas les valeurs des amplitudes articulaires du poignet en mobilisation active/passive, mais se borne à faire état des douleurs ressenties. On constate encore que, dans la discussion du cas, cet expert n'étaye pas les conclusions qu'il retient s'agissant de la capacité de travail résiduelle. Le Dr M. _____ explique ainsi qu'il existe un risque d'aggravation de l'arthrose radio carpienne et de l'extension de l'arthrose à la première

rangée des os du carpe de sorte qu'une prise en charge de l'instabilité ligamentaire serait nécessaire, mais sans pour autant exposer les motifs pour lesquels aucune activité adaptée, par exemple monomanuelle gauche, ne serait envisageable. Enfin, fût-il spécialiste, le Dr M. _____ ne fait aucunement mention ni ne discute les avis médicaux divergents ressortant du dossier mis à sa disposition. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, l'expertise privée en question ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer valeur probante, de sorte que ses conclusions ne peuvent pas être suivies par la Cour de céans. Elle n'apparaît pas à même de renverser ou d'entamer la valeur probante reconnue à l'expertise judiciaire, de sorte que l'on retiendra, au degré de vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé entraînant une suppression de sa capacité de travail dans une activité de type monomanuelle (gauche) à partir du début de l'année 2006.

Cela étant, le droit à une rente entière doit être reconnu, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), jusqu'au 31 mars 2006, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail retenue par l'expertise judiciaire, aux conclusions de laquelle l'intimé déclare du reste se rallier.

d) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une contre-expertise judiciaire. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

3. En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière jusqu'au 31 mars 2006.

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 de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais réduits à 200 fr. pour tenir compte d'une admission partielle du recours, resteront provisoirement à la charge de l'Etat.

Obtenant très partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens également réduits, arrêtés à 1'000 fr. à la charge de l'intimé.

Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Me Olivier Carré a produit, le 19 décembre 2011, la liste détaillée de ses opérations, comprenant également le montant de ses débours. En l'espèce, il convient de retenir la somme de 2'679 fr. 25 (13h.50 au tarif horaire de 180 francs plus TVA à 7,6%) correspondant à la rémunération de l'ensemble des opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2010, à laquelle on ajoutera un montant de 952 fr. 60 (4h.54 au tarif horaire de 180 francs plus TVA à 8%) couvrant la rémunération de l'ensemble des opérations accomplies depuis le 1^{er} janvier 2011, soit un total de 3'631 fr. 85 à titre d'honoraires (2'679 fr. 25 + 952 fr. 60). Il

convient encore d'ajouter une somme de 100 fr. à titre de débours, soit un montant de 108 francs, TVA comprise à 8%. L'indemnité totale du défenseur d'office est ainsi fixée à 3'739 fr. 85 (3'631 fr. 85 + 108 fr.), sans qu'il y ait lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGa).

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

- I.** Le recours est très partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 27 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que J._____ a droit à une rente entière jusqu'au 31 mars 2006; elle est confirmée pour le surplus.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à J._____ une équitable indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 3'739 fr. 85 (trois mille sept cent trente neuf francs et huitante cinq centimes).

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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

Le greffier :