

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Imed Abdelli, avocat à Genève,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1, 44, 61 let. a et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 69 al. 1bis LAI ; 69 al. 2 et 72bis RAI

E n f a i t :

A. Le 24 février 2006, R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), tunisien, en Suisse depuis mai 2005, a déposé une demande de prestations en vue de l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un placement ou d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Il invoquait une fracture du bassin, une fracture de la colonne vertébrale et une épaule gauche déplacée.

Le 26 novembre 2005, après avoir travaillé quelques jours en qualité de nettoyeur, l'assuré est tombé du quatrième étage de son immeuble. L'assuré a été hospitalisé à l'hôpital X. _____ du 26 novembre 2005 au 12 décembre 2005 et dès lors, à la clinique Y. _____ (ci-après : clinique Y. _____).

Selon la lettre de sortie de l'hôpital X. _____ du 12 décembre 2005, les praticiens du Service [...] ont posé le diagnostic principal de polytraumatisme avec syndrome partiel de la queue de cheval sur fracture burst de L3. Comme diagnostics secondaires, ils ont posé les diagnostics de fracture costale G D8, D9 et D10 avec discrets pneumothorax bilatéraux et fracture du bassin. La partie "évolution et discussion" de cette lettre a la teneur suivante :

"M R. _____ est un jeune patient de 22 ans qui se présente aux Urgences avec un syndrome partiel de la queue de cheval à la suite d'une fracture burst L3 avec recul important du mur postérieur. En raison de cela, il bénéficie le 26 novembre 2005 d'une fixation postérieure avec vis pédiculaires sous distraction.

Le 30 novembre 2005, une seconde opération avec corpectomie de L3 et mise en place d'une cage par abord rétro-péritonéal est effectuée afin de compléter la stabilisation. En postopératoire, nous retrouvons un status neurologique inchangé avec toujours une paraparésie prédominante au niveau du MIG. Durant son hospitalisation, nous remarquons une amélioration de la force au niveau des groupes musculaires distaux des 2 MI, plus importante à D.

Du point de vue sphinctérien, M R. _____ présente toujours des problèmes de continence des selles avec au status une sensibilité conservée avec une contraction faible de l'anus. Un essai de sevrage

de sonde a échoué avec réapparition d'un globe urinaire, raison pour laquelle nous avons dû lui en reposer une. Nous avons également effectué des radiographies de la colonne lombaire en charge qui ne montre pas de déplacement secondaire avec un matériel d'ostéosynthèse en place. Vu le doute d'une instabilité cervicale en raison d'un discret épanchement inter-facettaire C1-C2 D, nous avons effectué des radiographies de la colonne cervicale flexion-extension qui ont permis d'exclure un trouble de la stabilité à ce niveau-là et de sevrer la minerve.

Du point de vue orthopédique, M. R._____ présente une fracture de type Tile B stable traitée conservativement. Le traitement de cette fracture sera dépendant de son évolution neurologique, car celui-ci se fera soit avec marche avec décharge totale du MID pendant 4 semaines puis charge au maximum de 20 kg sur le MID pendant également 4 semaines ou si son amélioration neurologique ne le permettait pas il se ferait en fauteuil également pendant 2 mois. Il faudrait également effectuer des radiographies de contrôle après la première mise en charge. La Doctoresse C._____ assurait son suivi à l'hôpital X._____, elle reste à disposition pour d'éventuelles questions au sujet du traitement.

Vu les circonstances peu claires de la chute avec suspicion de tentamen, il a été vu à plusieurs reprises par le psychiatre. Il n'y a pas d'état dépressif ou d'état psychotique constitué, il n'y a pas non plus de projet suicidaire, par contre il n'est pas exclu que M. R._____ présente des troubles de la personnalité. Actuellement, il est sous traitement de Deroxat et de Tranxilium. Un suivi psychiatrique devrait être prévu par son médecin traitant.

M. R._____ est également sous traitement antibiotique pour une infection urinaire"

Le 28 mars 2006, la Dresse B._____, cheffe de clinique adjointe au Service de neurochirurgie de l'hôpital X._____, a certifié d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

Le séjour à la clinique Y._____ a pris fin le 25 avril 2006. Le rapport médical de la clinique Y._____ y relatif et établi par les Drs E._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, et T._____, du Service de paraplégie, contient le passage suivant :

"M. R._____ est un patient âgé de 22 ans qui présente à l'admission une paraplégie incomplète stade ASIA B dans les suites d'une chute survenue le 26.11.2005. Il se plaint de douleurs importantes au niveau des côtes, au niveau du bassin et au niveau lombaire. Il est multiplaintif, répond difficilement aux questions et est difficile à examiner du fait des douleurs. Du point de vue urinaire il est porteur d'une sonde à demeure et au niveau des selles il

déclare ne pas avoir le contrôle, ne pas sentir le besoin et ne pas sentir le passage.

L'examen clinique montre un état général préservé malgré une faiblesse annoncée avec une pâleur des conjonctives. L'examen neurologique montre une atteinte motrice plus importante à gauche qu'à droite, avec une plégie presque complète de ce côté-là. Au niveau de la sensibilité, l'atteinte à droite est distale à partir des territoires S1, à gauche elle débute en L1. L'hypoesthésie est accompagnée d'une allodynie annoncée à partir du territoire L5. On note une mauvaise reproductibilité des réponses lors de l'examen.

Lors de l'admission, M. R. _____ présentait une anémie ferriprive. Il a reçu un traitement substitutif de fer. Les contrôles effectués montraient une bonne correction et le traitement a été supprimé. Dans un 2ème temps un nouveau contrôle montrait un nouvel abaissement des valeurs biologiques. Dans ce cadre nous avons donc réalisé une oeso-gastro-duodéoscopie qui montre un examen dans la norme, si ce n'est un érythème gastrique discret sans érosion. Cet examen a été complété par un examen histopathologique en faveur d'une gastrite chronique modérément active avec présence d'*Helicobacter Piloni*. Dans ce contexte un traitement d'éradication a été mis en place. Il n'existe pas d'anamnèse familiale en faveur d'une pathologie hématique ou digestive préexistante. Il existe surtout une carence en apport ferrique. Le patient ne consommait aucune viande durant son séjour, du fait de ses considérations religieuses. D'autre part il n'existait pas de présence de sang dans les selles et les contrôles parasitologiques dans les selles et dans les urines étaient tous négatifs. Nous préconisons donc d'effectuer un contrôle à distance après le retour à une alimentation habituelle du patient.

Lors de son admission, M. R. _____ relatait l'existence de malaises qu'il qualifiait d'épisodes de "vertiges". L'anamnèse réalisée par le neurologue était difficile, mais relatait des paresthésies, des automatismes moteurs puis des pertes de connaissance avec phases toniques et cloniques. Cette anamnèse était compatible avec une épilepsie partielle avec généralisation secondaire. Une IRM cérébrale pratiquée le 20.12.2005 était dans les normes. L'EEG pratiqué le 15.12.2005 montrait pour seule anomalie un léger ralentissement de l'activité de fond. La description des épisodes présentés par le patient et complétée par l'épouse ne fait cependant aucun doute. M. R. _____ souffre d'épilepsie, avec des crises partielles végétatives, puis partielles complexes, suivies fréquemment de généralisation secondaire (2 à 4 épisodes/mois). Vu la normalité des examens paracliniques, nous décidons d'un antiépileptique à faible dosage, soit le Topamax, à 2x50mg/jour. Au cours de l'hospitalisation, aucun thérapeute n'a pu objectiver de nouvelle crise, et le patient n'en a pas rapporté. Un EEG de contrôle le 21.03.2006, pour lequel le patient n'a pas été collaborant, s'est révélé dans les normes. Un dosage du taux de Topamax dans le sang est revenu très en dessous des normes thérapeutiques. En effet, si la description des épisodes est celle de crises épileptiques généralisées, le patient gardait des malaises protéiformes, qui suggéraient une origine non épileptique, en l'occurrence psychiatrique. Une non-compliance a donc été envisagée. Le bas

taux mesuré peut aller dans ce sens, mais le dosage actuel est faible. Une prochaine mesure à l'improviste sera donc nécessaire.

Malgré une anamnèse de crises d'épilepsie, les éléments objectifs à ce jour ne permettent pas d'attribuer la grande majorité des malaises décrits (et observés) à l'épilepsie. Le traitement de Topamax est poursuivi compte tenu de son efficacité empirique et de son rôle thymorégulateur. Nous conseillons à distance un suivi neurologique, et en cas de nouvelle crise généralisée, un nouvel EEG, éventuellement complété en cas de doute par un EEG des 24 heures si l'état psychologique du patient le permet.

Dans le cadre de ces malaises, nous avons réalisé un test de Schellong et un enregistrement de la pression artérielle sur 24 heures, qui se sont révélés dans les normes.

Pour le malaise rapporté lors de la chute dans son appartement, M. R. _____ n'a jamais évoqué en notre présence une volonté suicidaire, alors que l'anamnèse ne correspond pas à celle rapportée lors des malaises épileptiques. Elle évoque plutôt un malaise vagal ou une hypothyroïdie. Dans le contexte de chute avec perte de connaissance, il est important de signaler que l'IRM cérébrale ne montre pas de séquelles de contusion cérébrale hémorragique ou d'autre complication traumatique intracrânienne.

Un consilium psychiatrique a été réalisé le 13.12.2005 mettant en évidence l'absence de pathologie psychiatrique, mais plutôt un patient anxieux et réagissant de manière adéquate aux événements. Il n'a pas verbalisé d'idées suicidaires présentes ou passées. Un traitement de Remeron 30 mg le soir a été introduit et conjointement le patient avait été suivi tout au long du séjour par la psychologue clinicienne du service. On note une image amoindrie de lui-même, principalement lors de la marche avec les cannes, de nombreux sujets d'angoisse, comme l'avenir et des relations difficiles au sein de son couple. Le patient est intéressé par un suivi ambulatoire et des démarches ont dû être effectuées par la psychologue afin de le mettre en contact avec des intervenants extérieurs.

Tout au long de son hospitalisation M. R. _____ a été pris en charge par le service d'ergothérapie. Dans un 1^{er} temps il a reçu une chaise roulante, dont l'adéquation a été vérifiée par une évaluation de l'assise. Il avait reçu également des conseils et des moyens auxiliaires afin de lui permettre d'être autonome dans les soins de type douche et habillage. L'évolution favorable a permis au patient de se passer de la chaise et d'être totalement autonome pour l'ensemble des AVQ, c'est-à-dire toilette, habillage, activités ménagères, déplacements à l'extérieur, sans aucun moyen auxiliaire.

Une évaluation de la conduite sur simulateur a été réalisée, montrant que les résultats sont dans les normes et qu'il n'existe pas de restriction ni de dispositif spécial à envisager concernant la conduite automobile des véhicules de catégorie B. Un certificat a été remis en ce sens au patient, s'il désire faire valider son permis tunisien auprès des autorités cantonales.

Un bilan urodynamique a été réalisé le 03.01.2006 montrant une vessie normosensitive, hypocontractile, hyporéflexive, de bonne compliance et de capacité cystomanométrique normale. Ces résultats ont permis l'ablation de la sonde et d'obtenir ensuite des mictions spontanées. Cependant compte tenu du contexte psychologique fragile et de la mauvaise compliance, il n'a pas été possible d'effectuer une vérification de la physiologie de la miction par débitmétrie, un bilan urodynamique de contrôle avait été prévu qui n'a également pas pu être réalisé.

Du point de vue des selles, le patient a dans un 1^{er} temps effectué un toucher rectal stimulateur et évacuateur puis l'évacuation s'est faite de manière naturelle. Le patient déclare ressentir le besoin normalement, pouvoir différencier les selles des gaz et n'avoir jamais eu de perte au cours du séjour.

Du point de vue sexuel, le patient déclare ne plus avoir d'anomalie à son départ.

Compte tenu de la persistance de plaintes concernant les douleurs du genou droit, un consilium a été réalisé auprès d'un consultant spécialisé. L'examen clinique restait pauvre, si ce n'est l'existence d'un discret battement en varus plus prononcé à 30° de flexion à droite qu'à gauche et quelques craquements fémoropatellaires associés à une ascension contrariée de la rotule déclarée douloureuse. Le bilan radiologique était sp. L'explication retenue était l'existence d'un syndrome fémoropatellaire favorisé par la fonte musculaire. De plus il existe une surutilisation du MID compte tenu de sa meilleure récupération musculaire que le MIG. Il a été préconisé des exercices de rodage articulaire, notamment sur vélo, associés à des travaux de renforcement par des exercices en chaîne cinétique fermée. En cas de persistance de la douleur et des plaintes, une IRM à la recherche d'une chondropathie, une zone de contusion osseuse et pour visualiser le compartiment externe du genou serait indiquée d'ici à 4 semaines. Nous vous laissons donc le soin de l'organiser en cas de persistance des plaintes.

En physiothérapie, outre les exercices spécifiques lorsque le patient était en chaise roulante, le patient a bénéficié de massages manuels associés à des dépressomassages, des techniques d'antalgie pour le genou droit associant étirements, renforcement et Compex, glace et taping de la rotule, des antalgies lombaires avec massages décontracturants et stabilisation active ainsi que des exercices d'étirement musculaire de type neuroméningés. Il a été entraîné activement à la marche. Lors de la sortie la marche s'effectue à l'aide de 2 cannes et il porte une orthèse de cheville (Malléo-splint) à gauche, afin d'éviter le steppage du pied. Il est capable de se déplacer sur de courtes distances sans cannes ni orthèse, mais avec une boiterie. Pour les plus longues distances il utilise donc les moyens suscités. Il peut monter et descendre les escaliers en sécurité avec une main courante et une canne, ainsi qu'avec 2 cannes. Se déplacer à l'extérieur ne présente aucune limitation pour le patient. D'autre part, le patient a participé aux séances sportives de tir à l'arc organisées au sein de la clinique, ainsi qu'aux sorties thérapeutiques lui permettant d'évaluer son autonomie à l'extérieur. Il déclare des plaintes au niveau paravertébral gauche et au niveau du genou gauche lors de sa sortie. Nous proposons la poursuite de la

physiothérapie ambulatoire à raison de 3 séances/semaine, afin de renforcer la rééducation à la marche et de lui permettre d'utiliser au mieux les capacités fonctionnelles actuelles.

Du point de vue neurologique, on ne note pas d'apparition de la spasticité lors de la sortie. Les ROT sont toujours absents aux MI. La récupération neurologique motrice du MID est complète même s'il persiste un déficit d'endurance. Au niveau du MIG, on note un déficit global plus marqué au niveau du quadriceps qui est coté M2 pour M4 au niveau des autres muscles fléchisseurs de hanche, extenseurs de la cheville et du gros orteil et fléchisseurs de la cheville. La sensibilité est diminuée en L3 à droite et en L3-L4-L5 à gauche. Donc, la paraplégie incomplète a évolué d'un stade ASIA C à un stade D.

Du point de vue radiologique, les contrôles radiologiques du bassin et du rachis ont été effectués, montrant l'absence de déplacement secondaire et un matériel d'ostéosynthèse en place.

Du point de vue socioprofessionnel, la situation est relativement compliquée. Le patient, au bénéfice d'un permis B, séjourne depuis peu en Suisse. Il n'avait effectué que peu de jours de travail avant son accident. Son dernier emploi était celui de nettoyeur dans une entreprise. Ses capacités physiques actuelles ne lui permettent pas la reprise de cette activité.

Compte tenu des incertitudes pesant sur l'origine de la chute, la prise en charge est actuellement assurée par la caisse maladie Z._____. La assurance-accidents T._____ attend ce rapport pour se prononcer quant à une éventuelle entrée en matière. Une annonce a été effectuée à l'AI, même si les critères de prise en charge ne sont pas complets.

La situation sociale et financière du couple est difficile et imbriquée. Le service social de la clinique a coordonné la prise en charge avec le service social de la commune d'origine. Des démarches ont été effectuées pour le renouvellement du permis de séjour. Lors de la sortie le couple déclare vouloir vivre avec les indemnités journalières versées par l'assurance S._____ et renoncer de ce fait au minimum social offert par la commune.

Compte tenu des facteurs environnementaux et non-médicaux, il faudra veiller à ne pas laisser le patient s'installer dans un processus d'invalidation.

Le patient sera revu en consultation ambulatoire à la clinique par le Dr E._____ le 08.08.2006. Si entre temps un problème devait survenir, nous restons bien entendu à votre disposition.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION DE NETTOYEUR

- 100%."

L'assuré a été revu à la clinique Y. _____ par le Dr E. _____ le 6 septembre 2006. La partie "appréciation" du rapport relatif à cette consultation a la teneur suivante :

"Sur le plan neurologique, la situation est stable.

Au niveau ostéoarticulaire, il n'y a pas de changement dans les plaintes. Comme il n'a plus le spray Traumalix, je lui ai donné un échantillon de spray Assen. Si la réponse n'est pas satisfaisante, je propose à nos confrères psychiatres de la Fondation A. _____ de lui prescrire du Traumalix. Pour les douleurs lombaires, elles me semblent en lien avec une dysbalance musculaire à la marche et au besoin, il pourrait bénéficier d'un antalgique simple.

Même si la fonction vésico-sphinctérienne semble grosso modo normale, il y a quand même une altération de la sensation de plénitude vésicale et des brûlures péniennes occasionnelles. Ces plaintes ne gênent pas vraiment le patient. Même une débitmétrie simple n'avait pas pu être réalisée à la fin du séjour, car l'appareil lui faisait peur et il n'arrivait pas à se détendre pour les besoins de l'examen. Je propose donc d'investiguer seulement en cas de plainte majeure.

Sur le plan de la couverture d'assurance, c'est l'assurance-maladie qui prend actuellement les frais médicaux. Son cas avait été annoncé à l'agence assurance-accidents T. _____ de [...]. Aucune décision n'a été prise quant à la prise en charge par cette assurance de l'accident et de ses séquelles.

Pendant l'entretien, je notais une attitude triste et le patient est parfois parti en pleurs en mentionnant l'agressivité de son épouse qui semble vouloir se séparer de lui.

M. R. _____ est au bénéfice d'un permis de séjour B. Avant l'accident, il avait travaillé peu de temps dans une agence temporaire. Compte tenu de son court séjour en Suisse et le peu de temps travaillé, il est vraisemblable qu'il n'aura pas droit aux prestations de l'AI. L'avenir professionnel est donc incertain. Au cas où M. R. _____ aurait un besoin financier quelconque, pour aller visiter sa famille en Tunisie ou même quitter définitivement la Suisse, la Fondation B. _____ ([...]), que j'ai contactée pourrait entrer en matière d'une aide financière. Si cela devrait s'avérer nécessaire, il faudra leur envoyer un certificat mentionnant les diagnostics figurants dans le rapport de sortie de la clinique, la date de l'accident et la stabilité de la situation médicale le cas échéant, à joindre à la demande qu'il doit formuler lui-même avec l'aide du service social si nécessaire."

Dans un rapport médical du 30 octobre 2006, le Dr E. _____ a indiqué que sur le plan neurologique et somatique, l'évolution était bonne. Ce praticien a précisé en substance que l'assuré garderait des douleurs aussi bien rachidiennes qu'au genou droit. Il restait dépendant d'une paire

de cannes pour ses déplacements. Sur le plan neurologique, il était peu probable qu'on puisse attendre une amélioration. Le médecin précisait que l'assuré avait été hospitalisé en septembre 2006 à la Fondation A._____. Il écrivait que sur le plan somatique, l'assuré pouvait de suite être réadapté dans une profession sédentaire tout en réservant la question sur le plan psychique. Ce médecin a ainsi indiqué que dans une activité sédentaire, l'assuré pouvait travailler à 100%, la capacité de travail étant totale depuis le 1^{er} novembre 2006 sur le plan somatique.

Dans un rapport médical du 12 mars 2007, les Drs J._____ et G._____ de la Fondation A._____ ont posé les diagnostics suivants comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré :

- "1) Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique F32.2
- 2) Trouble de la personnalité à traits mixtes, immatures et dépendants F61.0
- 3) Epilepsie partielle complexe avec occasionnelle généralisation secondaire G40.0
- 4) Paraplégie incomplète niveau sensitif L2 des deux côtés et de niveau moteur L2 à gauche G82.2"

Selon les auteurs de ce rapport, le un pronostic était réservé. L'assuré développait, en effet, un état dépressif extrêmement marqué avec une diminution de rendement de 100%.

L'assuré a de nouveau séjourné entre le 14 mars 2007 et le 5 avril 2007 à la clinique Y._____. Un rapport médical a été rédigé le 12 avril 2007 et co-signé par les Drs E._____ et W._____ ainsi que par le Prof. tit. P._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie. La partie "liste des problèmes et discussion" a la teneur suivante :

"Au cours du séjour, nous avons mis en évidence plusieurs problèmes :

1. Une paraplégie incomplète, stade ASIA D, de niveau sensitivomoteur L2 à gauche. En effet, depuis le précédent séjour du patient à la clinique Y._____, nous avons observé une récupération neurologique avec une normalisation de la sensibilité du membre inférieur droit et une amélioration de la force musculaire du membre inférieur gauche (comprise entre M4 et M5). Du point de vue

fonctionnel, M. R. _____ présente une autonomie totale pour toutes les activités quotidiennes, quelles soient élémentaires ou plus élaborées (cuisine, ménage...).

A l'admission, le patient ne décrivait aucun trouble intestinal et sexuel. Il se déclarait également asymptomatique au niveau urinaire si ce n'était parfois un besoin d'uriner se manifestant peu de temps (30 minutes) après une première miction. Les débitmétries, effectuées au cours du séjour, se sont révélées subnormales (courbes aplaties en plusieurs jets, débit maximal à une reprise inférieur à la norme). Un bilan urodynamique a été pratiqué, mais n'a pas pu être complet en raison du stress développé par le patient. Cet examen a toutefois montré une vessie légèrement hyposensitive, de compliance normale et de bonne capacité cystomanométrique. L'activité volontaire du plancher pelvien était normale. Par contre, la contractilité vésicale n'a pu être objectivée en raison de l'incapacité de M. R. _____ à uriner à la demande pendant l'examen. Pour la suite, et au vu de l'absence de symptômes inquiétants, des résultats actuels et de l'important stress engendré par le patient au cours d'un tel examen, nous proposons de ne plus pratiquer de bilan urodynamique. En effet, un suivi régulier à long terme par débitmétrie, journal mictionnel et US post-mictionnels est suffisant.

2. Des douleurs lombaires, latéralisées à gauche, intermittentes, augmentant à la marche et à l'effort, et diminuant au repos. Le status articulaire a mis en évidence une mobilité modérément limitée au niveau dorsal bas et très fortement diminuée, voire nulle, au niveau lombaire, principalement entre L2 et L4. A signaler qu'aucune mobilisation vertébrale n'a pu reproduire les douleurs décrites. Par contre, le testing de la sacro-iliaque gauche s'est avéré douloureux, avec une amplification du tableau par la palpation des ligaments ilio-lombaires et ilio-sacrés dorsaux ipsilatéraux. La myosonographie du muscle transverse abdominal a montré que la contraction de ce muscle s'accompagnait d'une hyperactivité des muscles obliques, situation suggérant une stabilisation lombaire active segmentaire non optimale.

3. Des gonalgies droites, irradiant sous forme de brûlures crânialement vers la fesse, constantes, augmentées par l'effort, la marche et la station assise prolongée. Le status ne montrait ni limitation fonctionnelle, ni instabilité. A signaler une hypoextensibilité des ischiojambiers, retrouvée également à gauche. Les rx standards (face, profil en charge, Schuss) et l'IRM étaient sans particularité. Le status neurologique (consilium neurologique du Dr U. _____) mettait en évidence une diminution de la sensibilité sur une petite zone de la face interne de la cuisse droite pouvant correspondre au territoire du nerf obturateur. En raison de l'ancienne fracture Tyle B du bassin, nous avons poursuivi les investigations par un rx standard du bassin qui a montré un gros remaniement de la partie interne des branches ilio- et ischio-pubiennes droites sans cal osseux important mais avec un trou obturateur déformé et plus étroit qu'à gauche. Un EMG a alors été effectué qui s'est révélé peu contributif, ne permettant pas de différencier une atteinte liée à la paraplégie d'une neuropathie obturatrice focale (impossibilité, pour raisons anatomiques, de faire une stimulation étagée). Nous avons donc poursuivi par une IRM du

bassin qui a exclu une compression des structures neurovasculaires, ne révélant que des irrégularités banales post-fracture au niveau du trou obturateur. En conclusion, le bilan extensif pratiqué n'a pu trouver une explication aux douleurs présentées.

4. Une suspicion, lors du précédent séjour dans notre établissement, de crises épileptiques végétatives, puis partielles complexes et enfin généralisées, crises qui auraient pu expliquer la chute d'un toit de novembre 2005. Ceci avait motivé l'instauration d'un traitement de Topamax, choisi également pour son effet stabilisateur de l'humeur chez un patient qui présentait alors un abaissement thymique. Au cours du séjour, la reprise de l'anamnèse auprès de M. R. _____ a mis en lumière des lipothymies, parfois suivies de brèves syncopes, se manifestant dans un contexte particulier (stress), et dont la sémiologie n'évoque pas des événements comitiaux. Rappelons, par ailleurs, que les investigations para-cliniques étaient, à l'époque, toutes revenues négatives. Dès lors, le diagnostic de crises d'épilepsie devient, pour le Dr U. _____, neurologue, peu probable. Sur le conseil de ce dernier, nous avons sevré le Topamax sur une quinzaine de jours. Ce sevrage rapide a été autorisé par un taux de topiramate indétectable dans le sang du patient à l'arrivée dans notre service.

5. Un vraisemblable trouble de la personnalité de type dépendant, diagnostic retenu par le Dr M. _____, psychiatre, qui souligne toutefois que l'attitude générale de passivité et de demande d'aide excessive doit être pondérée par le contexte socio-culturel actuel chez un patient mal adapté et présentant probablement de grandes difficultés d'acculturation en Suisse. Par contre, ce dernier récuse toute pathologie de l'axe I du DSM-IV. En effet, on ne retrouve aucun critère tant pour un trouble dépressif que pour un trouble anxieux significatif.

Tout au long de l'hospitalisation, M. R. _____ a suivi un programme quotidien de physiothérapie (massages de la région lombaire, renforcement musculaire des membres inférieurs et de la musculature profonde stabilisatrice, travail de la proprioception et de l'équilibre, entraînement thérapeutique, jeux légers). Il s'est montré collaborant et assidu. En fin de séjour, aucun progrès, tant subjectif qu'objectif, n'a été constaté avec un statu quo de la situation. La poursuite ambulatoire de la physiothérapie est à nos yeux inutile et n'a donc pas été prévue.

Parallèlement, un rappel des principes de protection rachidienne ainsi qu'un bilan des activités quotidiennes avec conseils en vue d'améliorer le bien-être (tabouret devant la cuisinière, aspirateur à long manche) ont été effectués en ergothérapie.

Au cours du séjour, M. R. _____ a également fréquenté nos ateliers professionnels, signalant toutefois d'emblée qu'il ne pourra fonctionner dans une quelconque activité en raison de ses douleurs. Il y a effectué divers petits travaux en position assise et sans port de charge, ces derniers ayant été systématiquement interrompus après 1/2 heure, le patient arguant d'importantes douleurs dans le membre inférieur droit.

Au vu du bilan pratiqué pendant l'hospitalisation, nous excluons toute incapacité de travail liée au trouble de la personnalité et aux troubles urinaires. Par contre, les séquelles neurologiques et orthopédiques rendent compte d'une incapacité de 100% dans l'activité de nettoyage effectuée au moment de l'accident. Toutefois, il persiste à notre avis une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans port de charge et permettant une alternance des positions assise et debout.

INCAPACITE DE TRAVAIL

100% en tant qu'employé au nettoyage.

Incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans port de charge, et permettant une alternance des positions assise et debout."

Le 11 décembre 2007, le psychologue D._____ et la Dresse H._____ de la Fondation A._____ ont rédigé un nouveau rapport dont la teneur est en substance similaire à celui du 12 mars 2007.

Dans un rapport médical du 10 janvier 2008, le psychologue K._____ et le Dr F._____ de la Fondation A._____ ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F42.22) et ont indiqué qu'il était difficile de se prononcer quant à l'évolution de la symptomatologie psychiatrique de l'assuré en raison de la brièveté de son séjour hospitalier, celui-ci ayant eu lieu du 2 au 13 septembre 2006.

Dans un rapport médical du 28 mai 2008, les Dresses Q._____ et H._____ de la Fondation A._____, ont écrit que l'assuré souffrait d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et d'une augmentation de la fatigabilité. En outre, il avait perdu toute confiance en lui-même, pensait souvent à la mort, présentait un ralentissement de la pensée et de la psychomotricité, ruminait et souffrait de troubles d'endormissement. Ces praticiennes ont également indiqué que pendant un certain temps, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, mais qu'il était actuellement stationnaire. Les médecins ont enfin écrit qu'il n'y avait aucune raison de procéder à un contrôle de la compliance du patient et que l'incapacité de travail était toujours totale.

Dans un rapport d'expertise du 19 décembre 2008, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychologie, n'a posé aucun diagnostic chez l'assuré ayant une répercussion sur la capacité de travail (status post épisode dépressif - F32). La partie "discussion et appréciation" de l'expertise (pp. 9 ss) à la teneur suivante :

"- Nous sommes en présence d'une personne de 25 ans dont le développement psycho-affectif a été marqué par le fait qu'il a grandi dans la pauvreté. Monsieur R._____ explique qu'il habitait dans un village de montagne, qu'il marchait pieds nus et qu'il ne mangeait pas toujours à sa faim. En outre, pour aider ses parents, à partir de l'âge de 6-7 ans, il a été amené à effectuer des travaux lourds (port de charges). Il n'y a pas d'autres conditions ou événements ayant pu interférer avec le processus de maturation psycho-affective. En particulier, Monsieur R._____ n'a pas été un enfant battu, il n'a pas été victime d'abus sexuels, on ne relève pas de séparations traumatiques précoces ni tardives (absence d'hospitalisations longues ou répétées, absence de placements loin de la famille pendant longtemps). En outre, il décrit des parents bienveillants à son égard, qui se souciaient de l'éducation de leurs enfants.

Dans le rapport médical du 9 mars 2007 de la Doctoresse H._____, dans le rapport médical AI du 12 mars 2007 de la Doctoresse J._____ et dans le rapport médical AI du 11 décembre 2007 de la Doctoresse H._____, figure le diagnostic de trouble de la personnalité à traits mixtes, immatures et dépendants. Dans le rapport de consilium psychiatrique du 13 décembre 2005, le Docteur M._____ signale que l'observation de l'hôpital X._____ et que son impression clinique évoquent des troubles de la personnalité. Dans le rapport médical du 26 mars 2007, le Docteur M._____ précise que si certains éléments laissent à penser que Monsieur R._____ présente un trouble de la personnalité dépendante dans le sens d'un besoin général et excessif d'être pris en charge et une mauvaise tolérance aux séparations, ce comportement peut toutefois être induit par un contexte psychologique, social et culturel tout à fait particulier. Par conséquent, ce diagnostic est probable et non pas certain en l'état actuel de l'évolution.

On ne relève pas d'antécédents avant l'automne 2005, moment à partir duquel les relations avec sa femme ont commencé à se dégrader, cela dans le contexte d'un avortement spontané. En effet, Monsieur R._____, questionné à ce sujet, explique que si dans l'enfance et jusqu'au moment où il a quitté la [...] il était préoccupé par des problèmes d'ordre financier, il ne ressort pas qu'il y ait eu de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis l'adolescence au plus tard, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situations et qui auraient pu être à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète, tel que cela a été indiqué ci-dessus, par le fait que l'assuré ne signale pas de souffrance psychique avant 2005. En effet, Monsieur R._____ explique qu'il était content en Suisse, car

il avait une femme qu'il aimait et parce qu'il avait un travail. De même, sur le plan professionnel, il n'apparaît pas que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou des comportements dysfonctionnels menant à des licenciements systématiques. S'il a été licencié lorsqu'il travaillait dans un hôtel à [...], cela a été le fait d'une intrigue avec une supérieure hiérarchique, et plus tard il a mis un terme à son emploi de l'hôtel à [...] pour rejoindre sa femme en Suisse. Enfin, la manifestation d'une relation chargée de conflictualité avec sa femme à partir de la fin de l'été 2005 ne constitue pas un élément suffisant pour retenir le diagnostic de personnalité pathologique. En effet, il ne s'avère pas que toutes les relations de Monsieur R. _____ aient été houleuses, tumultueuses ou le fait de crises émotionnelles.

Ce qui précède signifie que les critères généraux pour la présence d'une personnalité pathologique ne sont pas vérifiés. En outre, dans le rapport médical du 9 mars 2007, dans le rapport médical AI du 12 mars 2007 et dans le rapport médical AI du 11 décembre 2007, rien n'indique dans les descriptions anamnestiques que Monsieur R. _____ ait présenté des dysfonctionnements répétitifs et marqués dans le passé. Enfin, dans ces mêmes documents le diagnostic de trouble de la personnalité à traits mixtes, immatures et dépendants ne fait pas l'objet d'une discussion diagnostique formelle (présence ou non de critères spécifiques). Il n'y a pas non plus d'indices pour la présence de traits de personnalité dépendante, c'est-à-dire une personnalité caractérisée par un comportement soumis et "collant" lié à un besoin excessif d'être pris en charge. Plus particulièrement, l'assuré indique qu'il a toujours appris à se débrouiller seul, il indique que c'est lui qui a pris les décisions importantes de sa vie, il ne ressort pas qu'il doive être sans cesse rassuré ou conseillé par autrui avant de prendre une initiative, de même qu'il n'est pas préoccupé par la peur qu'on ne le laisse se débrouiller tout seul ou qu'il présente un sentiment d'impuissance en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se débrouiller seul.

Au vu de ce qui précède, le diagnostic de personnalité pathologique ne peut pas être porté, raison pour laquelle nous nous écartons des documents précités. Comme le Docteur M. _____ en formule l'hypothèse dans le rapport médical du 26 mars 2007, le comportement qu'a présenté l'assuré a été induit par un contexte psychologique, social et culturel particulier (émigration, perte de l'activité professionnelle, relation conflictuelle avec sa femme, avortement spontané de sa femme, paraplégie incomplète).

Par contre, le traumatisme du 26 novembre 2005 a fragilisé l'assuré sur le plan psychique, aspect qui s'est accentué avec la rupture conjugale. Ceci étant, la fragilité psychique n'est pas une affection psychiatrique et elle n'est pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail.

- Dans le rapport de consilium psychiatrique du 13 décembre 2005, le Docteur M. _____ ne retient pas de troubles psychiques francs et parle d'un status psychiatrique plutôt rassurant. Il est ajouté qu'il faut comprendre la présence d'une anxiété importante et des plaintes somatiques multiples apparemment injustifiées dans le sens que l'assuré était encore dans une phase de choc dans les suites de

l'accident. Dans les rapports médicaux AI du 9 et du 12 mars 2007 de la Doctoresse J. _____ et dans le rapport médical AI du 11 décembre 2007 de la Doctoresse H. _____, figure le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Une symptomatologie dépressive a commencé à se manifester après l'hospitalisation à la clinique Y. _____ (avril 2006). Cet état s'est dégradé avec le handicap physique de Monsieur R. _____ et avec la péjoration de ses rapports avec sa femme. Deux hospitalisations à l'hôpital E. _____ ont eu lieu dans le contexte de crises émotionnelles dans le cadre de disputes avec sa femme, suivies par une hospitalisation à la Fondation A. _____ (2-13 septembre 2006). Par contre, dans le rapport médical du 10 janvier 2008 du Docteur F. _____ de Fondation A. _____, est retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (pour l'hospitalisation du 2 au 13 septembre 2006). Or, le diagnostic de trouble de l'adaptation suppose une symptomatologie relativement réduite et en particulier une symptomatologie dépressive ne dépassant pas le degré d'un épisode léger. Cela signifierait que la symptomatologie dépressive s'est aggravée après l'hospitalisation du mois de septembre 2006 et pendant l'année 2007. Cela est en contradiction avec le fait que Monsieur R. _____ décrit une amélioration de son état à partir du moment où il a commencé à habiter seul dans un studio, c'est-à-dire au mois d'octobre 2006.

Le diagnostic d'épisode dépressif sévère continue à être porté par la Doctoresse H. _____ en 2008 (questions complémentaires au rapport médical du 28 mai 2008).

Or, actuellement Monsieur R. _____ ne présente pas de symptomatologie dépressive susceptible d'atteindre le seuil diagnostic d'un épisode dépressif même de degré léger. En effet, l'humeur n'est pas constamment anormalement déprimée en ce sens qu'il n'y a pas de tristesse continue (assuré la plupart du temps souriant, parlant volontiers), mais qu'elle se manifeste lors de l'évocation de sujets douloureux (séparation de sa femme, séparation de son fils, accident du 27 novembre 2005), en ce sens que le discours n'est pas systématiquement négatif, qu'il n'y a pas de sentiments de perte d'espoir, et que l'assuré conserve une gestuelle, une mimique et une modulation de la voix variées. Il n'y a pas non plus d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir), dans la mesure où Monsieur R. _____, par exemple, s'intéresse à l'informatique, ou qu'il aime l'écriture ou la lecture, qu'il a du plaisir à rendre visite à sa mère et surtout à rencontrer ses amis tous les jours. Il existe parfois un manque de motivation, mais cet aspect est fluctuant et ne se vérifie pas, autant à l'observation clinique directe (absence de diminution de l'élan vital) qu'à l'analyse du déroulement du quotidien (plusieurs activités sont préservées dans la mesure où le handicap physique de l'assuré le lui permet ; les tâches ménagères et les démarches continuent à être effectuées). Il existe une diminution de la confiance en soi à cause du handicap physique ; il ne s'agit pas d'une perte de l'estime de soi inappropriée dans le cadre d'une symptomatologie dépressive. L'assuré ne s'adresse pas de reproches excessifs ou injustifiés, il n'a pas d'idées de mort. Il n'y a pas de ralentissement idéique (fluidité, initiative idéiques) ; le ralentissement moteur est la conséquence du handicap physique. Au cours de l'examen du 10 décembre 2008,

nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration en ce sens que l'assuré a compris et a répondu aux questions qui lui étaient posées sans hésitations ou temps de latence accru des réponses aux questions. Le fait qu'il s'adonne à la lecture et à l'écriture, le fait qu'il regarde des programmes ciblés à la télévision, parle contre la présence de troubles de la concentration. De même, nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire à long terme ou à court terme (restitution de dates et description précise d'événements se rapportant au passé proche ou lointain) ; les oublis que mentionne l'assuré sont banals et cliniquement non significatifs.

L'anxiété, les troubles de l'endormissement, la diminution de l'appétit et de la libido sont des éléments dépressifs résiduels.

Ce qui précède signifie qu'actuellement Monsieur R. _____ ne présente qu'une symptomatologie dépressive disparate, résiduelle et non incapacitante.

Autant les constatations objectives du rapport médical AI du 12 mars 2007 et du rapport médical du 9 mars 2007 de la Doctoresse J. _____ que les constatations objectives du rapport médical AI du 11 décembre 2007 de la Doctoresse H. _____, ne permettent de conclure à la présence d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (absence de critères suffisants). Il en est de même de la symptomatologie relevée par la Doctoresse H. _____ dans la réponse aux questions complémentaires au rapport médical du 28 mai 2008 (état compatible avec un épisode dépressif moyen au plus).

Enfin, la symptomatologie qui figure dans ce document ne se retrouve plus aujourd'hui.

Ce qui précède signifie que non seulement actuellement il n'y a pas de symptomatologie psychiatrique à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail, mais cela signifie également qu'il n'est pas permis de conclure à une incapacité de travail permanente ou durable sur le plan psychique depuis l'accident du 26 novembre 2005, et plus particulièrement pendant l'année 2007, tant les dires de l'assuré que les documents médicaux sont contradictoires (trouble de l'adaptation, c'est-à-dire symptomatologie relativement réduite en septembre 2006 ; Monsieur R. _____ signale une amélioration de son état à partir du mois d'octobre 2006 jusqu'à ce jour ; rapport médical AI du 12 mars 2007 et rapport médical du 9 mars 2007 de la Doctoresse J. _____, rapport médical AI du 11 décembre 2007 de la Doctoresse H. _____ mentionnant un épisode dépressif sévère ; description par l'assuré de la présence d'une symptomatologie dépressive marquée entre le mois d'avril et le mois d'octobre 2006).

Autant un entretien avec la Doctoresse N. _____, psychiatre traitant actuel, qu'un entretien avec Monsieur V. _____, assistant social de l'assuré, n'a permis de clarifier cet aspect. Toutefois, la Doctoresse N. _____, qui a vu l'assuré à 2 reprises, parle d'une évolution favorable.

- En résumé, il s'agit d'un assuré qui actuellement présente une symptomatologie dépressive résiduelle, disparate et non

incapacitante. Un épisode dépressif a existé dans le passé, épisode dont le degré ne peut pas être déterminé, et pour lequel il n'existe pas d'arguments suffisants pour conclure à la présence d'un état incapacitant durable.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

- 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 ?

La symptomatologie dépressive résiduelle disparate actuelle n'est pas susceptible d'agir sur l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan strictement psychiatrique, elle est totale.

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

Oui, 8 heures par jour.

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

Non, en l'absence de ralentissement idéique, de troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire.

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

L'examen du 10 décembre 2008 n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable.

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

Il est resté nul.

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

Il n'y a pas de troubles psychiques susceptibles de diminuer la capacité de l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel.

C. INFLUENCE SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Oui. Monsieur R. _____ est motivé pour travailler, il est à même de respecter un horaire, il est à même de s'intégrer dans une équipe et il possède les ressources psychiques suffisantes pour cela.

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

Non, la capacité de travail étant entière.

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

Cependant, en raison de la fragilisation psychique par le traumatisme et le handicap physique, le traitement psychiatrique ambulatoire doit être poursuivi.

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

La poursuite de ce suivi est susceptible d'éviter une nouvelle accentuation de la symptomatologie dépressive et anxieuse à l'avenir et donc d'éviter une perte de la capacité de travail.

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

Oui, toute activité correspondant à ses capacités, à son niveau d'instruction et aux restrictions physiques liées au handicap.

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 ?

Il n'y a pas de critères sur le plan psychiatrique dont il faudrait tenir compte dans le cadre d'une autre activité.

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

8 heures par jour.

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

Non, en l'absence de ralentissement idéique, de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Remarques et/ou autres questions :

La mesure des taux plasmatiques de sertraline (Zoloft®) effectuée le 10 décembre 2008 montre une concentration de 11 µg/l, pour un intervalle thérapeutique se situant entre 10 et 50 µg/l."

Dans un avis du 27 janvier 2009, et se fondant sur l'expertise du Docteur I._____, le Dr O._____, du SMR et spécialiste en chirurgie, a conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis sa sortie de la clinique Y._____, à savoir depuis le 1^{er} novembre 2006.

Par projet de décision du 17 février 2009, l'OAI a fait connaître à l'assuré son intention de rejeter sa demande d'octroi d'une rente d'invalidité considérant qu'il ne présentait qu'un taux d'invalidité de 10%.

Par courrier du 16 mars 2009, l'assuré a fait part de ses objections.

Sur interpellation du Dr O._____, le Dr E._____, de la clinique Y._____, a confirmé, le 3 août 2009, une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée sédentaire après lecture des différentes pièces du dossier.

Par courrier du 17 décembre 2009, le Dr L._____, médecin généraliste au sein du Centre médical centre médical D._____, à [...], a écrit notamment ce qui suit :

"les limitations fonctionnelles générales ne devraient pas dépasser une charge de 3 kg ; les positions penchées en avant du buste sont quasi impossibles ainsi qu'il existe une instabilité de la jambe

gauche (lâchage du genou gauche), les positions prolongées debout déclenchent des douleurs du bas du dos et des membres inférieurs.

Si les efforts de mobilité sont continués et poursuivis, des troubles sphinctériens sérieux se manifestent (non sensation de devoir aller à selle ou miction)."

Par décision du 26 janvier 2010, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de rente de l'assuré.

Dans un avis médical du 23 février 2010, le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a écrit que la capacité de travail du recourant était de 50% dans une activité adaptée.

Par acte du 26 février 2010, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI et a conclu principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100%, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise médicale neutre s'agissant de ses limitations somatiques. Le 15 mars 2010, l'assuré a complété son recours.

Par réponse du 4 août 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à un avis médical du SMR du 20 juillet 2010 établi par le Dr O._____, relevant en substance que le rapport 23 février 2010 établi par le Dr Y._____ ne contenait aucun élément médical nouveau, que le diagnostic de canal lombaire étroit n'était étayé par aucun examen d'imagerie, et qu'il était curieux que malgré les séquelles de la colonne vertébrale, ce médecin maintienne une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle alors que cette activité était totalement inadaptée de par les efforts et les postures qu'elle nécessite. En outre, le Dr O._____ remarque que le Dr Y._____ s'étonne que l'assuré n'ait pas été montré à une commission pluridisciplinaire et qu'il se trompe puisque c'est précisément sur une évaluation pluridisciplinaire réalisée à la clinique Y._____ que le SMR s'est fondé.

Par réplique du 10 novembre 2010, le recourant s'est référé à la lettre de sortie du 12 avril 2007 émanant de la clinique Y._____

laquelle concluait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le 11 janvier 2011, le recourant a de nouveau consulté le Dr E._____. Suite à cette consultation, ce praticien a établi un rapport le 12 janvier 2011 dont il ressort notamment ce qui suit :

"Appréciation

Les problèmes principaux restent les mêmes à savoir les douleurs rachidiennes, douleurs au membre inférieur et lâchage du membre inférieur gauche. A cela s'ajoutent les difficultés d'initier une miction, problème qui n'était pas présent en 2007. L'examen neurologique n'est pas tout à fait superposable avec le précédent, puisque cette fois-ci on a l'impression qu'il y a niveau D12 à gauche. La faiblesse musculaire reste présente de ce côté.

Le patient souhaite une amélioration de ses douleurs avant tout.

Sur le plan professionnel, il dit qu'il n'est pas capable de travailler dans une activité adaptée.

Devant cette situation complexe, je préconise un nouveau séjour à la clinique. Il a pour but d'évaluer la douleur, les troubles sphinctérien et d'exclure une arachnoidite. Nous allons effectuer les demandes de garantie auprès du canton et de l'assurance. M. R._____ sera convoqué dans les meilleurs délais."

Dans un avis SMR du 1^{er} mars 2011, le Dr O._____ a relevé que ce rapport faisait état d'éléments nouveaux qui n'existaient pas en avril 2007. Selon lui, il était possible quoique peu vraisemblable qu'ils aient une influence sur la capacité de travail de l'assuré. Ce médecin a ajouté que si l'assuré avait été convoqué à la clinique Y._____, il convenait d'attendre la fin de ce séjour pour en connaître les conclusions. Il a précisé, à cet égard, qu'il serait judicieux que l'auteur du rapport précédent se prononce sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée dans la continuité de son rapport du 8 juin 2006 et de son courrier du 3 août 2009.

Par lettre du 5 mai 2011, les Drs Y._____ et L._____, du Centre médical centre médical D._____, ont écrit notamment ce qui suit :

"Symptômes, signes, plaintes dont souffre continuellement le patient, et analyse

Monsieur R. _____ présente des troubles de la santé importants liés aux diagnostics suivants :

Trauma chute de 4 étages (26 novembre 2005) : fractures multiples du bassin côté droit, de L3, et L2 à L4 : vis et plaques + tendinite rotulienne droite + autres troubles neuro-végétatifs et autres

- douleur de l'hémi bassin droit et fessière droite obligeant le patient à se positionner et s'asseoir sur la fesse gauche afin d'éviter l'appuie sur l'hémi bassin droit, douleur du genou droit de type syndrome fémoro-patellaire prenant le pli de l'aîne et descendant au pied droit
- lombalgies hyper algiques à irradiation à la fesse droite et au membre inférieur droit : impossibilité de porter une charge supérieure à 2-3kg sans ressentir une lancée dans le dos qui l'oblige à lâcher la charge.
- examen test mains sol 40 cm, talons fesses irréalisable, syndrome déficitaire L5 avec absence de réflexe achilléen gauche et amyotrophie quadricipitale gauche.
- les positions penchées en avant du buste sont quasi impossibles ainsi qu'il existe une instabilité de la jambe gauche : lâchage du genou gauche.
- dysfonction sacro-iliaque gauche se manifestant par une démarche boiteuse contrôlée par la volonté du patient pour cacher son handicap au prix d'une douleur.
- les positions prolongées debout déclenchent des algies du bas du dos et des membres inférieurs.
- troubles sphinctériens handicapants, aggravés par la fatigue et le stress : ces troubles se manifestent par la peine d'initier le jet urinaire parfois après toute une journée de rétention avec sensation de brûlures, et tous les 2 ou 3 jours une défécation qui prend parfois plus d'une heure pour être amorcée, et ceci en se relaxant et tapotant le ventre ainsi que d'autres manoeuvres Valsalva ou autre pour l'initier sans lesquelles le patient se sent pris d'un malaise qui perdure au lendemain
- au niveau sexuel, le patient n'a pas la sensation physique ou pénienne d'érection, l'excitation ne se faisant qu'au niveau mental et psychologique.

Il est primordial de comprendre que Monsieur R. _____ se sent très anéanti, déprimé et dans un immense désarroi du fait du doute des assureurs et autres autorités quant aux circonstances de l'accident qu'il a subit. Le simple fait de douter quand à la nature accidentelle de sa chute, en prenant en compte toutes les suppositions, mais en rejetant le doute quand à la sincérité d'une personne qui se serait toujours accrochée à la vie sans jamais avoir voulu y attenter (avoir quitté son pays, sa famille, avoir construit une famille, trouvé un

travail, travaillé consciencieusement, un être qui croit en une Divinité qui l'aide à surmonter les épreuves de la vie, avoir un enfant, etc.) avec toutes les difficultés que la vie en général avec son lot d'incertitudes et de doutes, ce seul doute face à un être combatif jusqu'à ce jour, ne pas lui donner le bénéfice du doute face à sa sensibilité et humanité, ce seul rejet d'une éventualité sincère devrait nous faire prendre conscience de l'ampleur du ressentiment dans notre rejet de cette hypothèse !

Je, le Docteur L._____, ayant côtoyé hebdomadairement le patient, ai aussi douté en les circonstances de l'accident pendant de long mois, sans jamais en faire part au patient et ceci n'a pas altéré ma vision thérapeutique face aux douleurs et demandes de Monsieur R._____. Mais au fur et à mesure d'être auprès de mon patient, de l'écouter, de sentir son attachement à la vie et à sa santé, m'ont éliminé tout doute, même le plus infime quand aux circonstances accidentelles de sa chute, sans jamais au grand jamais avoir voulu mettre fin à sa vie Monsieur R._____ se sent si privilégié par le Destin d'avoir survécu à cet événement, et comme depuis sa venue au monde, s'accroche à la vie, d'où cette lettre et toute sa démarche pour une réinsertion sociale.

- Il est dit noir sur blanc dans la lettre du 26 janvier 2010 de l'Assurance Invalidité qu'autrement que dans une activité adaptée, le patient ne pourra jamais intégrer un travail, et également a été dit clairement dans le même rapport que par la formation actuelle limitée de Monsieur R._____ et face à tous ses handicaps physiques, le patient ne trouvera JAMAIS une activité adaptée et il donc condamné d'avance malgré toutes les bonnes volontés ! ?
- Ce seul paradoxe face à une situation réellement cornélienne et inextricable quant à un humain, jeune homme de 28 ans, qui vit en Suisse depuis bientôt 7 ans, un rescapé ayant miraculeusement survécu à une chute de 4 étages, et où aucune opportunité lui est offerte pour un avenir professionnel quelconque ! ! ? ? chez un jeune homme sincère et plein de bonne volonté qui n'attend qu'à prouver sa bonne foi dans un travail et profession quelconque où il pourrait subvenir à ses propres besoins Monsieur R._____ n'est pas demandeur d'une rente quelconque et il pourrait vous le certifier par un acte écrit et signé, et ne se considère pas comme invalide, mais handicapé par rapport aux possibilités de réinsertion tant sociales que professionnelles qu'il ne peut assumer dans l'état actuel.
- Est-ce trop demander ? Ou ne sommes nous pas capables de ce minimum pour ce jeune homme ?"

Par décision du 23 mai 2011 de la juge instructeur, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire lui octroyant notamment l'assistance d'un avocat d'office.

Le 17 juillet 2011, le recourant a complété son recours par un mémoire complémentaire établi par son conseil reprenant en substance et pour l'essentiel les mêmes conclusions que dans son acte du 26 février 2010.

Dans un avis médical du 28 juin 2011, le Dr O. _____ a relevé que le courrier du 5 mai 2011 de Drs Y. _____ et L. _____ ne contenait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la position du SMR.

Par courrier du 30 avril 2012, le conseil du recourant a transmis sa liste d'opérations à la Cour de céans.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA), le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant en considérant en substance que ce dernier ne présentait pas d'atteintes somatiques et psychiatriques invalidantes.

3. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

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. 2 LAI, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour 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 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté uniquement au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 in fine, 102 V 165 ;

VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

5. Au regard de ce qui précède, il convient dès lors de se pencher sur les troubles psychiatriques et somatiques de l'intéressé et de déterminer dans quelle mesure ceux-ci ont une influence sur sa capacité de travail.

a) Sur le plan psychiatrique, il ressort du rapport de la clinique Y._____ du 9 mai 2006 qu'un consilium psychiatrique n'a pas mis en évidence de pathologie psychiatrique. A l'inverse, dans leur rapport du 12 mars 2007, les praticiens de la Fondation A._____ ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, rendant l'incapacité de travail totale. Il résulte toutefois du rapport de la clinique Y._____ du 12 avril 2007 que le Dr M._____ a exclu un trouble dépressif ou un trouble anxieux significatif. Selon ce psychiatre en effet, l'épisode dépressif sévère observé à la Fondation A._____ était en rémission. Quant au rapport d'expertise du 19 décembre 2008 établi par le Dr I._____, il aboutit à la négation d'un trouble psychiatrique incapacitant. Cette expertise corrobore M._____. On relèvera en outre que cette expertise repose sur une étude circonstanciée du cas du recourant, qu'elle se fonde sur des examens complets, qu'elle prend également en considération les plaintes de l'intéressé, qu'elle a été établie en pleine connaissance du dossier, notamment en prenant en compte et en discutant les autres rapports médicaux en particulier ceux de la Fondation A._____ et ceux de la clinique Y._____, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont bien motivées. En outre, cette expertise a été établie après un entretien avec le psychiatre traitant du recourant et son assistant social. Elle répond ainsi à tous les réquisits de la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante et emporte ainsi la conviction de la Cour de Céans. Il y a donc lieu de considérer que sur le plan psychiatrique, le recourant ne présente pas de troubles ayant une influence sur sa capacité de travail.

b) Sur le plan somatique, il ressort notamment du rapport de la clinique Y. _____ du 9 mai 2006 qu'à la fin de son séjour, l'assuré était totalement autonome pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne c'est-à-dire toilette, habillage, activité ménagère, et déplacements à l'extérieur, sans l'aide de moyens auxiliaires. En ce qui concerne le genou droit, il était écrit que l'examen clinique restait pauvre et que les capacités physiques du recourant ne lui permettaient pas de reprendre son activité de nettoyeur dans une entreprise.

Dans un rapport ultérieur du 30 octobre 2006, la clinique Y. _____ a écrit que l'évolution était bonne sur le plan neurologique et somatique. Dans une activité sédentaire, l'assuré pouvait travailler à 100%, la capacité de travail étant totale depuis le 1^{er} novembre 2006 sur le plan somatique.

Dans un nouveau rapport de la clinique Y. _____ du 12 avril 2007 faisant suite à un nouveau séjour de l'assuré, il est fait état du fait que le recourant disposait d'une autonomie totale pour toutes les activités quotidiennes qu'elles soient élémentaires ou plus élaborées. Sur le plan des gonalgies, le bilan pratiqué n'a pu trouver une explication aux douleurs présentées. En ce qui concerne l'épilepsie, il est écrit que ce diagnostic devient peu probable pour le neurologue. Les médecins ont exclu toute incapacité de travail liée au trouble de la personnalité et aux troubles urinaires. En revanche, l'incapacité de travail était totale dans l'activité de nettoyeur en raison des séquelles neurologiques et orthopédiques. Elle était toutefois de 50% dans une activité adaptée sans port de charges et permettant une alternance des positions assises et debout.

La Cour de céans relève que ce rapport de la clinique Y. _____ ne fournit pas d'explication sur l'évolution négative de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée laquelle a été fixée dans un premier temps à 100% (rapport du 30 octobre 2006) puis dans un second temps à 50% (rapport du 12 avril 2007). De plus, interpellé par l'OAI, le Dr E. _____ a indiqué dans son avis médical du 3

août 2009, établi sur la base du dossier uniquement, que le recourant disposait d'une capacité de travail totale sans pour autant justifier cette appréciation différente alors qu'il était l'un des auteurs du rapport d'avril 2007 de la clinique Y._____.

Quant aux avis du SMR dans le cas d'espèce, ils ne sont guère plus convaincants, car aussi émaillés d'imprécisions. Ainsi, le Dr O._____, dans son avis du 20 juillet 2010, met en doute le rapport du 23 février 2010 établi par le Dr Y._____ notamment parce que ce dernier reconnaît au recourant une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Or, le rapport du 23 février 2010 du Dr Y._____ mentionne un tel taux, mais dans une activité adaptée.

Au regard de ce qui précède la Cour de céans relève que la situation du recourant, sur le plan somatique, n'est pas claire et que l'instruction faite par l'OAI, après analyse, s'avère lacunaire. Il s'ensuit que la Cour de céans ne peut pas statuer en toute connaissance de cause sur la nature précise des troubles somatiques présentés par le recourant et sur leur impact éventuel sur sa capacité de travail. Par surabondance, on relèvera qu'au début 2011, soit alors que la présente procédure était déjà engagée, le recourant a été examiné à nouveau à la clinique Y._____ par le Dr E._____ et qu'un nouveau séjour a été préconisé. Dans son avis du 1^{er} mars 2011, le Dr O._____ relève que le rapport du 11 janvier 2011 établi par le Dr E._____ fait état d'éléments nouveaux, qui n'existaient pas en 2007 et qui pourraient avoir une influence sur la capacité de travail du recourant. Certes, la décision querellée date de janvier 2010 mais il n'est pas exclu que les éléments mentionnés en janvier 2011, s'ils n'avaient pas d'influence en 2007, en aient eu au moment de la prise de décision.

6. a) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause

à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement («eine bisher vollständig ungeklärten Frage»), ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative («Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen»); a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature et l'ampleur des atteintes somatiques dont souffre le recourant et quant à leurs conséquences sur sa capacité de travail, sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante aux avis médicaux recueillis. L'instruction menée par l'OAI est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'OAI a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les

renseignements dont il avait besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

En conséquence, le renvoi de la cause à l'OAI s'impose pour complément d'instruction (cf. TF 9C_243/2010 précité) sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (comportant en particulier des volets neurologique et orthopédique) au sens de l'art. 44 LPGA et de l'art. 72bis RAI.

En effet, l'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles somatiques du recourant et définir sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

c) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

7. a) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 2'000 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de considérer, conformément à la jurisprudence fédérale et celle de la Cour de céans (AI 230/11 - 144/2012), que l'art. 69 al. 1bis LAI impose la perception de frais de justice à la charge de la partie qui succombe, qu'il s'agisse de la partie recourante ou intimée. Sur le principe même de l'absence de gratuité de la procédure, les cantons sont

en effet liés par cette disposition (ATF 133 V 402 consid. 4.3 ; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5).

Compte tenu de ce qui précède, les frais de la présente procédure, qu'il convient de fixer à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

8. a) Le recourant a obtenu notamment, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Imed Abdeli (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le montant de l'indemnité du défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [Règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'autorité chargée de fixer l'indemnité doit veiller à ce que les démarches entreprises ne dépassent pas ce qui est nécessaire à la défense du bénéficiaire de l'assistance judiciaire ni ne mettent à la charge de l'Etat un simple soutien moral ou une aide sociale sans rapport avec la conduite du procès. Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC 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.

b) En l'espèce, Me Abdeli a produit le 30 avril 2012 la liste de ses opérations pour une durée de 29 heures et 50 minutes au total

comprenant correspondances et téléphones, rédaction d'un mémoire complémentaire, conférences avec le recourant et des recherches juridiques. Eu égard à la procédure suivie, ce décompte est excessif. En effet, il indique en particulier que le recourant et son conseil se sont rencontrés à 6 reprises entre le 8 avril 2011 et le 8 mars 2012, à raison d'une heure par conférence en moyenne. De l'avis de la Cour de céans, la complexité de la cause ne justifie pas 6 heures de conférence, conférences par ailleurs trop nombreuses et qui ne s'expliquent pas également au regard des besoins de la procédure. Le décompte indique en outre que le conseil du recourant a passé 13 heures et 10 minutes à la rédaction de son mémoire complémentaire du 17 juillet 2011. Un mémoire d'une telle ampleur (40 pages) ne se justifie pas au regard des difficultés de la cause. Enfin, Me Abdeli indique avoir consacré 90 minutes à la constitution d'un bordereau de 57 pièces. Force est toutefois de constater que la grande majorité de ces pièces ressortent déjà du dossier de l'OAI. Tout bien considéré et au regard de l'ensemble des actes de procédure, la Cour de céans considère que le mandat d'office de Me Abdeli justifie quinze heures de travail. Compte tenu d'une rémunération de 180 francs de l'heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ), à laquelle s'ajoutent la TVA ainsi qu'une somme de 100 fr. à titre de débours (+ TVA), une indemnité totale de 3'024 fr. est adéquate.

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

- I. Le recours déposé le 26 février 2010 par R._____ est admis.
- II. La décision rendue le 26 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.
- III. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à verser à R._____ à titre de dépens, est mise à la charge de Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'indemnité d'office de Me Imed Abdeli, conseil de R._____, est arrêtée à 3'024 fr. (trois mille vingt-quatre francs).
- 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 de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Imed Abdelli, avocat (pour R. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :