

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2011

---

Présidence de Mme THALMANN  
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Zbinden, assesseur  
Greffier : M. d'Eggis

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Philippe Graf, Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 16, 17 LPGA.**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 4 juillet 1996, R.\_\_\_\_\_, né en 1951, a déposé une demande de rente. Il a travaillé en qualité de chauffeur poids lourd dans la société [...] SA du 20 février 1991 au 31 octobre 1995 pour un salaire mensuel de 3'970 fr. 13 fois l'an selon le questionnaire pour l'employeur du 30 juillet 1996. Il a ensuite travaillé à 50% chez [...] du 15 juillet 1996 au 31 décembre 1996.

Dans un rapport du 13 mai 1996, la Dresse C.\_\_\_\_\_, neurologue, mentionne notamment ce qui suit :

"Examen paraclinique et appréciation :

Du fait de la barrière linguistique, il n'a pas été possible d'obtenir d'anamnèse plus précise de la part du patient. On peut toutefois dire que celle-ci évoque en premier lieu un syndrome post-traumatique, suivi de céphalées de type tensionnel dans un contexte socio-familial perturbé. Il est cependant difficile d'y placer les troubles sensitifs concernant aussi bien les membres que le tronc. Seule l'hypoesthésie matinale de D5 est un élément plus précis, raison pour laquelle j'ai effectué un bref EMG du membre supérieur droit qui a permis d'exclure une neuropathie du cubital. L'examen montre d'autre part l'absence de potentiels de grande taille dans tous les muscles examinés, aussi bien l'abducteur du 5ème doigt que le court abducteur du pouce, rendant peu probable l'hypothèse d'une radiculopathie C8 associée."

Dans un rapport du 8 août 1996, le Dr G.\_\_\_\_\_, généraliste FMH, pose les diagnostics d'hypertension artérielle, de syndrome douloureux chronique, d'état anxio-dépressif, de céphalées probablement d'origine tensionnelle et de psoriasis. Il indique les incapacités de travail suivantes : 100 % du 24 mai 1995 au 29 octobre 1995, puis 50 % du 30 octobre 1995 au 18 juillet 1996, enfin 100 % dès le 19 juillet 1996. Il mentionne en outre notamment ce qui suit :

" Le patient se plaint de cervicalgies chroniques qui seraient apparues après avoir reçu une barre de 100 à 200kg qui soutenait de la viande dans son camion, il y a environ deux ans, mais n'avait jamais été annoncé. Depuis il présente des douleurs cervicales associées à des paresthésies des membres supérieurs.  
(.....)

En mai 1995, le patient a fait un tentamen par ingestion de pétrole sur syndrome dépressif aigu en partie réactionnel sur un terrain anxieux. Il a été au bénéfice d'un arrêt de travail et a été licencié au début de l'automne 95. Devant une situation qui devenait bloquée, j'ai adressé R. \_\_\_\_\_ au Docteur W. \_\_\_\_\_, Médecin psychiatre à Yverdon. A un syndrome douloureux chronique avec, à son avis, des symptômes non-hypocondriaques qui méritaient d'être investigués par un examen neurologique, ce qui a été fait sans apporter vraiment d'éléments nouveaux (Cf annexe). Le psychiatre jugeait qu'il n'avait plus besoin de revoir ce patient et qu'il le laissait libre de reprendre contact si nécessaire. A mon avis le syndrome douloureux chronique me semble actuellement au premier plan. Une prise en charge psychiatrique ne semble pas souhaitée, mais devrait être exigée par la commission AI, dans le cadre d'une expertise médicale à la PMU. Dans la mesure du possible, une réinsertion professionnelle devrait être tentée"

L'assuré a séjourné à l'hôpital de L'Ile (Inselspital; Hôpital universitaire de Berne), du 20 février au 14 mars 1997. Dans leur rapport du 20 mars 1997, les médecins de cet hôpital ont posé les diagnostics de syndrome de douleur chronique présent depuis le traumatisme de l'année 1993, douleurs chroniques à la tête, à la nuque, aux épaules et au dos, paresthésies de l'avant-bras côté cubital jusqu'au cinquième doigt des deux côtés, ostéochondrose C5/C6 avec spondylose antérieure et calcifications prédiscales, anamnèse de "pain prone", évolution dépressive et défaut d'extension des doigts des deux côtés. Les médecins ont estimé que la capacité de travail était nulle jusqu'au 17 mars puis de 50% dès le 18 mars 1997 dans la profession de chauffeur poids lourds en évitant de porter des charges lourdes.

Dans son rapport du 21 mai 1997, le Dr W. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, mentionne qu'il n'a plus eu de contact avec l'assuré. Il explique avoir organisé une hospitalisation spécialisée en milieu psychosomatique à l'hôpital de L'Ile, lequel, dans la lettre de sortie évoque plutôt, derrière une dominance des diagnostics somatiques, une évolution dépressive réactive à la situation de corps et sociale de l'assuré.

Le 2 septembre 1997, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin interne, mentionne que l'assuré présente un syndrome d'apnées

du sommeil sévère apparu il y a neuf mois, très vraisemblablement à la suite d'une prise de poids d'environ 10 kilos.

Dans un rapport du 7 novembre 1997, la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, diagnostique un syndrome de douleurs cervico-dorsales chroniques, une HTA, une maladie ulcéreuse (estomac et duodénum), des affections dermatologiques, une hyperlipidémie, un diabète non insulino-dépendant et un état dépressif réactionnel. Elle estime l'incapacité de travail totale dès le 1er août 1997.

Le 11 mars 1998, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin de l'OAI, estime qu'il n'y a pas d'évidence d'une aggravation ni d'élément nouveau survenu depuis l'expertise de l'hôpital de L'Ile si ce n'est le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil posé par le Dr P.\_\_\_\_\_, mais que selon ce praticien, les troubles remontent à une année, donc avant cette expertise ce qui signifie, que les symptômes ont été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de 50 % par les experts. Il estime donc qu'il y a lieu de s'en tenir aux conclusions de l'expertise.

Par décision du 14 décembre 1998, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 1996.

**B.** A la suite d'une décision du 21 avril 1999 de l'Office régional de placement (ORP) d'Yverdon, considérant que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'être apte au placement, l'OAI a, à la demande de l'assuré, entamé une procédure de révision de la rente.

Dans un rapport du 9 février 1999, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, à la Clinique chirurgicale et permanence de Longeraie, mentionne que le patient se plaignait depuis deux ans environ d'une altération de la sensibilité de l'auriculaire gauche et de la moitié cubitale de l'annulaire voisin, avec des douleurs à prédominance nocturne prenant la partie cubitale de la main et de l'avant-bras et qu'à la pulpe de l'auriculaire les douleurs ont un caractère de brûlures constantes. Il observe qu'à l'examen

clinique, outre l'altération signalée de la sensibilité, qui concerne également la partie cubitale du dos de la main (branche sensitive dorsale du nerf cubital), il a été frappé par une pulpe digitale particulièrement congestive, voire tendue de l'auriculaire mais qu'il n'a pas trouvé de déficit moteur flagrant des intrinsèques dépendant du nerf cubital. Il retient dès lors une neuropathie cubitale sensitive à gauche, avec souffrance du tronc nerveux au coude. Une révision chirurgicale lui paraît indiquée, limitée dans la mesure du possible à une neurolyse.

Dans un rapport du 29 octobre 1999, la Dresse M. \_\_\_\_\_ mentionne une aggravation de l'état de santé du patient depuis août 1997, l'incapacité de travail étant totale depuis cette date. Elle diagnostique un syndrome de douleurs cervico-dorsales chroniques, plutôt aggravé, une maladie ulcéreuse chronique, un psoriasis plutôt aggravé ainsi qu'un status après opération de neurolyse du nerf cubital à gauche en février 1999 à la Clinique de Longeraie, qui n'a pas entraîné de résultats probants sur la symptomatologie douloureuse du patient.

Par décision du 7 juin 2000, l'OAI a considéré que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies et a rejeté la demande de révision, l'assuré continuant à bénéficier d'une demi-rente.

**C.** Le 8 avril 2002, l'assuré a demandé la révision de sa rente en raison de l'aggravation de son état de santé.

Le 3 juin 2002, les Drs J. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et Y. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, du Centre psychosocial d'Yverdon, ont adressé à l'OAI une lettre dont la teneur est notamment la suivante :

«R. \_\_\_\_\_ a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral en 1993, il se plaint depuis de céphalées occipitales, de nuchalgies et de dorsalgies associées à un état dépressif. En 1995, il est hospitalisé d'office à la suite d'une intoxication volontaire au pétrole, une semaine après le décès de son père, dans un contexte de difficultés conjugales. La désormais ex-épouse a de son côté demandé un soutien au Centre Psycho-Social d'Yverdon depuis 1993. Elle est au bénéfice d'une rente AI à 100 %. Le patient lui-même est au bénéfice d'une rente AI à 50%. R. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé une deuxième fois à

l'hôpital psychiatrique de Bellevue en juillet 2000, en raison d'un trouble dépressif récurrent associé à un trouble panique. Dans l'intervalle, le patient a été suivi par le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre à Yverdon-les-Bains, jusqu'en 1997. Le patient est suivi depuis 2000 à nouveau par le Centre Psycho-Social. En décembre 2001, le patient est hospitalisé pour la troisième fois à l'hôpital Bellevue, toujours en raison d'un trouble dépressif récurrent associé à un trouble panique dans le contexte de divorce (divorce prononcé en janvier 2002), avec risque de passage à l'acte suicidaire.

R.\_\_\_\_\_ présente un ralentissement psychomoteur important, une thymie triste; il souffre de troubles du sommeil importants, de troubles de la concentration et de la mémoire, d'une anhédonie, d'un désespoir. Les idées suicidaires se sont cependant amendées depuis sa dernière hospitalisation. Il souffre également de troubles paniques où il se sent soudainement angoissé, tableau clinique associant palpitations, sudation et une peur de mort imminente. R.\_\_\_\_\_ a des difficultés de compréhension du français. Il comprend un peu mieux en allemand, cependant le vocabulaire reste pauvre. Il n'a pas de trouble de la pensée ni de l'attention, l'orientation aux 3 modes est conservée. Il ne présente pas de délire ni d'hallucination.

### **Diagnostic :**

**Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2. Trouble panique F41.0.  
Personnalité dépendante F60.7.  
Séparation et divorce Z63.5.**

### **Appréciation de la situation :**

Le pronostic de la maladie de R.\_\_\_\_\_ nous semble extrêmement réservé. Il est à l'heure actuelle dans l'incapacité totale d'effectuer un quelconque travail, même à 50 %. Sa symptomatologie s'est significativement aggravée depuis la dernière hospitalisation. Actuellement, il présente une incapacité de travail totale et, au vu de son état clinique, le pronostic nous semble très sombre à court, moyen ou même long terme."

Dans une lettre adressée le 21 juin 2002 à l'OAI, la Dresse M.\_\_\_\_\_ mentionne avoir noté que depuis sa dernière hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Bellevue en décembre 2001, le patient avait montré une aggravation de ses troubles psychiatriques, principalement de son état dépressif, malgré une médication et un suivi psychiatrique régulier. Sur le plan somatique, la Dresse M.\_\_\_\_\_ note que la tension artérielle est labile, que le patient se plaint de fréquentes palpitations et

enfin que le syndrome d'apnées du sommeil n'a pu être que partiellement jugulé par une perte pondérale d'environ 10 kilos. Elle ajoute en outre que le patient ne supporte pas bien l'appareil CPAP et l'utilise par conséquent de façon intermittente. Elle estime que la conduite de véhicule est donc totalement impossible et l'incapacité de travail complète.

Par décision du 28 avril 2003, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% depuis le 1er mars 2002.

**D.** Dans le cadre d'une troisième procédure de révision de la rente, le recourant a rempli un questionnaire le 5 janvier 2004 dans lequel il mentionne que son taux d'incapacité de travail est total.

Dans un rapport du 9 août 2004, la Dresse M. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants :

- " - Syndrome d'apnées du sommeil
- Syndrome de douleurs cervico-dorsales chroniques
- Maladie ulcéreuse ( estomac et duodénum)
- Affections dermatologiques psoriasis, pityriasis versicolor
- HTA
- Hyperlipidémie et diabète non-insulino-requérant
- Etat dépressif au long cours "

Elle estime l'incapacité de travail totale depuis le 1er avril 2002. Elle mentionne que l'état de santé de l'assuré est stationnaire, le patient souffrant toujours de douleurs cervico-dorsales chroniques, d'une fatigue généralisée, de trouble dépressif avec forte anxiété et de douleurs épigastriques périodiques.

Dans un rapport du 28 novembre 2005, les Drs J. \_\_\_\_\_ et [...] de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (UPA) d'Yverdon mentionnent ce qui suit :

«R. \_\_\_\_\_ s'est divorcé à 2 reprises et il vient de se marier pour la 3ème fois. De cette union il n'y a pas d'enfant. Depuis 2 ans, il n'a pas

eu d'hospitalisation et son suivi ambulatoire dans notre service s'est arrêté le 20.11.2002.

En 2005, il reprend contact avec nous dans le but d'une révision AI.

Le patient se plaint toujours de douleurs cervicales, irradiant au niveau de la tête, associées à des vertiges surtout lorsqu'il se trouve dans des grandes surfaces. Il décrit aussi des troubles de panique associés à une tachycardie, à des troubles respiratoires et à une transpiration, avec une perte de force des membres inférieurs, parfois il lui arrive de tomber mais sans perte de connaissance. Ces crises, selon ses dires, durent à peu près 15'

Il n'a pas d'activité ni de loisir, et à la maison, il lui arrive d'aider un peu sa femme à faire le ménage. Il relève aussi avoir une sensibilité aux bruits qui peuvent provoquer des crises d'angoisse, associé à des idées suicidaires.

En général, il se dit triste, associé à une anhédonie et une difficulté à faire des projets d'avenir.

**A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :**

- Troubles dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1)
- Troubles de panique F 41.0
- Psoriasis"

Ces médecins estiment l'incapacité de travail totale. Ils mentionnent comme constatations objectives que le patient se présente en compagnie de l'un de ses enfants qui fait office de traducteur. Ils relèvent que le status psychique est difficile à évaluer car le patient se montre très labile, pleure souvent lors de l'entretien et que c'est surtout son fils qui répond aux questions, confirmant la présence de troubles de panique chez son père car lui-même dit souffrir de ces mêmes troubles. Il relève des troubles épisodiques du sommeil et de l'appétit, une aboulie et la nécessité que son père soit toujours accompagné car il a peur d'être seul. Par contre, il n'a pas d'idée suicidaire ni de signes florides de la ligne psychotique. Les médecins relèvent que le patient ne semble pas profiter d'un suivi psychiatrique ambulatoire mais qu'il semble voir assez souvent son médecin traitant avec qui il souhaiterait continuer son suivi et en cas de besoin se réadresser ou redemander une prise en charge dans le service de l'UPA. Les médecins estiment que l'assuré semble avoir eu une amélioration concernant son état dépressif mais qu'il paraît être toujours dérangé dans sa vie quotidienne par la présence de troubles de panique et de ses douleurs au niveau cervical ainsi que du manque de force, selon ses dires, au niveau des membres inférieurs. Ils ajoutent qu'il se montre très dépendant de son entourage.

Un mandat d'expertise a été confié à la clinique Corela, Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Les Drs T.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont établi leur rapport le 15 juin 2006. Il en résulte notamment ce qui suit :

#### **"4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)**

##### **4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.**

- M54.2 : Cervico-brachialgies chroniques avec irradiation brachialgique bilatérale non déficitaire et irradiation algique interscapulaire, sur :
- Troubles dégénératifs et statiques niveau C4/C5, C5/C6, ostéophytose postérieure.
- Status post-traumatisme crano-cérébral 1993.
- M25.6 : Raideur articulaire des doigts d'étiologie indéterminée.

##### **4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.**

- F45.4 : Syndrome douloureux somatoforme persistant.
- F33.0 : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans symptômes psychotiques.
- Status post cure par neurolyse du nerf cubital gauche.
- Status post ablation de kystes sacro-coccygiens.
- Psoriasis vulgaris.
- Status post ulcère de l'estomac et du duodénum.
- Syndrome métabolique (Hyperlipidémie et diabète non insulino-requérant).

#### **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Le 15 juin 2006, les experts mandatés, la Doctoresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et rhumatologie et le Docteur T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie se sont rencontrés en consilium.

Depuis un accident survenu en 1993, ayant provoqué un traumatisme crano-cérébral, Monsieur R.\_\_\_\_\_ se plaint de cervicalgies chroniques avec irradiation brachialgique bilatérale, interscapulaire et de raideur des doigts des deux mains. La symptomatologie algique est associée à un cortège de symptômes subjectifs sous forme de faiblesse généralisée, de fourmillements diffus et de décharges électriques ubiquitaires. Cette symptomatologie, persistant tant le jour que la nuit, exacerbée lorsque l'intéressé tourne la tête ou s'il porte des charges, a nettement augmenté depuis un deuxième accident survenu six mois plus tard, lorsqu'il reçut un lourd crochet sur le front.

Les divers traitements proposés associant mesures médicamenteuses antalgiques à des mesures physiques n'ont pas permis d'apporter une réelle amélioration sur le plan médical.

Au niveau somatique, l'examen clinique met en évidence des cervicalgies, cervicobrachialgies bilatérales non déficitaires sur troubles statiques (discret rétrolisthésis de C4/C5) et dégénératifs (discopathies niveau C4-C5 et surtout C5/C6), ainsi qu'un enraidissement douloureux des doigts d'étiologie indéterminée.

L'absence d'anamnèse spécifique et une palpation négative à l'examen clinique des trigger points spécifiques permettent d'écarter une fibromyalgie, malgré les douleurs diffuses parfois présentes.

La persistance d'une symptomatologie aussi importante que rapportée par Monsieur R. \_\_\_\_\_, qui estime ses douleurs à la hauteur de 6 à 7 sur une échelle visuelle analogique (EVA), n'est pas explicable actuellement par des observations objectives cliniques et radiologiques.

D'un point de vue psychiatrique, on retient actuellement un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est léger, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais qui ne satisfait pas aux critères de gravité de la jurisprudence actuelle pour être qualifié d'invalidant. Nous n'avons par contre aucun argument pour un trouble de la personnalité ou pour un trouble anxieux réellement démontré.

Après consilium, les experts estiment que l'exploré serait apte à exercer toute activité physique à 100% avec les limitations suivantes :

- pas de port itératif de charges au-delà de 10 à 15 kilos,
- pas de position assise prolongée la tête en avant (tenant compte des troubles statiques et dégénératifs objectivés au niveau de la colonne cervicale),
- pas de travail impliquant un travail de force au niveau des mains ou des mouvements fins (tenant compte d'une raideur des doigts associée à un déficit d'extension concernant les deux mains).

Dans une telle activité adaptée, on pourrait cependant admettre une diminution de rendement de 20%, motivée par la symptomatologie au niveau des mains qui rend tout travail physique plus laborieux.

## **B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATES**

Il existe des limitations quantitatives et qualitatives en relation avec le syndrome cervical radiologiquement objectivé (troubles statiques et dégénératifs) et avec la raideur des doigts des deux mains qui est associée à un déficit d'hyperextension des dix doigts.

Les limitations quantitatives excluent le port de charges supérieures à 10-15 kilos, une position assise prolongée la tête penchée en avant et des travaux impliquant de la force dans les mains ou des activités fines.

## **2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITE EXERCEE JUSQU'ICI**

La dernière activité professionnelle annoncée par Monsieur R. \_\_\_\_\_ était trieur d'habits (du 15 juillet 1996 au 15 janvier 1997). Après consilium, les experts estiment que pour des raisons ostéo-articulaires, il existe une incapacité de travail de 30% dans cet emploi, étant donné la difficulté de l'intéressé d'exécuter des mouvements fins, de porter de lourdes piles d'habits, de conserver une position statique assise prolongée. Sur le plan psychiatrique, aucune incapacité de travail n'est reconnue.

### **C. INFLUENCE SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

#### **1. DES MESURES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI OUI, PRIERE D'INDIQUER UN PLAN DE READAPTATION QUI TIENNE COMPTE DU RYTHME DE TRAVAIL, DU TISSU SOCIAL ET DES RESSOURCES EXISTANTES**

Sur le plan ostéo-articulaire, la réadaptation serait possible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites sous B.1.

#### **2. PEUT-ON AMELIORER LA CAPACITE DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPE JUSQU'A PRESENT ?**

##### **2.1 Si oui, par quelles mesures ?**

Après consilium, les experts admettent l'existence d'un certain déconditionnement musculosquelettique, étant donné que depuis des années Monsieur R. \_\_\_\_\_ ne travaille plus. Afin d'éviter une décompensation algique particulièrement au niveau cervical, les experts suggèrent que l'assuré reprenne une activité professionnelle adaptée d'abord à temps partiel, à raison de 50% par exemple, puis que cette capacité de travail soit progressivement augmentée à 100% en l'espace de trois mois.

D'un point de vue thérapeutique, les experts conseillent la poursuite du traitement actuel, mais ils insistent quant à l'importance d'une bonne compliance médicamenteuse, ce qui ne semble pas être le cas actuellement pour le traitement antidépresseur. Une augmentation de la médication antidépressive, associée à une optimisation de la prise en charge psychiatrique serait souhaitable.

De même, la reprise d'une activité physique peut être favorable chez un assuré déconditionné et souffrant d'un syndrome douloureux somatoforme.

##### **2.2 Capacité de travail dans un emploi adapté ?**

Après consilium, les experts estiment que R. \_\_\_\_\_ serait apte à exercer toute activité physique à 100%, pour autant que l'on tienne compte des limitations énumérées ci-dessus (point B1) et que l'on

considère une diminution de rendement de 20%, motivée par la symptomatologie au niveau des mains de l'intéressé.

### **3. D'AUTRES ACTIVITES SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURE ?**

Oui, toute activité tenant compte des limitations énumérées au point B1 et qui considère une baisse de rendement de 20%."

Dans un avis médical du 30 janvier 2007, la Dresse V. \_\_\_\_\_ indique notamment ce qui suit :

"Il ne peut être reconnu une amélioration par rapport aux documents médicaux sur lesquels le droit aux prestations a été reconnu en 1998. En 2002 c'est cependant l'état dépressif sévère qui avait justifié le droit à une incapacité de travail totale. Actuellement la situation est superposable lors de l'octroi de la rente, la capacité de travail théorique est de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis la date de l'expertise CORELA. Les limitations fonctionnelles sont : pas de port itératif de charges de plus de 10-15 kg, pas de position assise prolongée la tête en avant (en tenant compte des troubles statiques et dégénératifs objectivés au niveau de la colonne cervicale), pas de travail impliquant un travail de force au niveau des mains ou des mouvements fins (tenant compte d'une raideur des doigts associée à un déficit d'extension concernant les deux mains)."

Le 20 mars 2007, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a en outre précisé que la profession de chauffeur poids lourds n'était pas indiquée car elle supposait le port de charges lors du chargement et déchargement de la marchandise, que lors de l'octroi de la demi-rente en 1998, la capacité de travail dans l'activité de chauffeur de poids lourds sans port de charges était estimée à 50% et que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas été évaluée. Elle a demandé que le COMAI soit interpellé sur la capacité de travail comme chauffeur poids lourds sans port de charges.

Le 2 mai 2007, les experts ont répondu qu'en raison de la pathologie rachidienne cervicale et de l'enraidissement douloureux des doigts, d'origine indéterminée, une activité de chauffeur poids lourd sans port de charges était exigible au maximum à 50 pour cent. Ils ont précisé le 4 juin 2007 que les positions statiques prolongées (surtout tête penchée en avant), les secousses répétées et les mouvements de préhension

forcés et durables au niveau des mains étaient à éviter dans la mesure du possible, l'activité de chauffeur poids lourds (même sans port de charges) n'étant pas la meilleure activité à envisager sur le plan médico-théorique et la capacité de travail ne pouvant excéder 50%, soit la demi-journée.

L'assuré a effectué un stage au COPAI du 5 au 30 janvier 2009. Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin conseil, indique notamment ce qui suit :

"A l'examen, R.\_\_\_\_\_ est en bon état général, obèse, garde une bonne musculature. Il a des myogéloses, de nombreux points douloureux tels qu'on les trouve dans les syndromes somatoformes douloureux. L'examen neurologique est normal, mis à part la description de diminution de sensibilité dans les mains. Il a une dyspnée à l'effort. Il parle un français médiocre, présente des symptômes dépressifs et est très vague dans la description de ses symptômes douloureux. Il a aussi des signes de non-organicité qui entrent dans le cadre de son syndrome somatoforme douloureux. Il se met un score d'inconfort notamment à 6-7 sur 10.

A l'atelier, R.\_\_\_\_\_ est gêné par ses algies rachidiennes, change de position, par moment debout, par moment assis et effectue quelques déplacements pour se dérouiller. Il a des gestes gauches et brusques, manie difficilement les outils à main ce qui est à mettre en relation avec la raideur des mains dont il se plaint. Il est passif, sans énergie ni initiative en lien avec le syndrome dépressif : en effet on le voit triste, souvent au bord des larmes lors des entretiens, fermé sur lui-même. Il est lent aussi bien dans ses déplacements, que dans sa gestuelle et dans sa pensée, peut-être aussi en lien avec l'état dépressif, mais surtout avec un déconditionnement chez une personne qui ne travaille plus depuis presque 14 ans. Il ne comprend pas toujours les consignes qui doivent être démonstratives, il n'est pas précis, pas habile, pas manuel, pas bricoleur. Pour toutes ces raisons limitatives, ses rendements chez nous se situent entre 40 et 50 % dans un plein temps. Cet homme est incapable d'accélérer son rythme et d'améliorer ses performances par la répétition".

Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que R.\_\_\_\_\_ tiendrait effectivement le coup à 100 % comme estimé par les experts médicaux et le SMR. Dans notre atelier, il ne parvient cependant qu'à un 40-50 % de rendement. Le problème est qu'il n'a pas les capacités pour effectuer des travaux fins et il n'a pas le physique pour effectuer des travaux lourds ou demandant de la force. Il devrait être à un poste de travail à la fois léger et grossier ce qui nous paraît difficile à trouver et pour tout dire notre groupe d'observation ne voit pas dans quelle activité cet homme pourrait être encore actif, éventuellement du conditionnement léger sans être petit ni précis."

La Division administrative de l'OAI a établi un rapport final du 16 février 2009 dont il résulte notamment ce qui suit :

" Le bilan verbal effectué sur place a confirmé que R.\_\_\_\_\_ ne pouvait exercer que des activités très simples et répétitives. Outre les limitations linguistiques (non limitatives pour ce type d'activité non qualifiée), R.\_\_\_\_\_, présente des difficultés de raisonnement et ne peut intégrer plus de 2 consignes à la fois. Seule une formation simple, basée sur la pratique, lui serait donc accessible.

Au niveau physique, R.\_\_\_\_\_ n'est pas en mesure d'assumer les activités nécessitant une grande amplitude des membres supérieurs (travailler les bras levés). Son habileté manuelle fine est restreinte (il a du mal à manipuler les pièces de petite dimension). La manipulation de pièces moyennes ou grosses est possible, mais pas en force, et avec un ralentissement. En dehors de ports de charge (limités à 10-15 kg.) la position de travail assise et les déplacements n'ont pas posé de problème.

C'est au niveau psychique que R.\_\_\_\_\_ a présenté le plus de limitations, et s'est montré le plus démonstratif (il émet à vrai dire peu de plaintes physiques). Décrit comme fragile, passif, ralenti, R.\_\_\_\_\_ a été retrouvé en larmes à l'atelier en fin de stage. Son travail est effectué de manière extrêmement lente, peu fiable, et sa résistance au stress reste limitée. Ces limitations ne sont toutefois pas retenues par le SMR, le trouble dépressif étant actuellement jugé d'intensité légère, et non invalidant. Actuellement, en raison des limitations physiques uniquement, R.\_\_\_\_\_ est à même d'assumer un taux de présence de 100%, pour un rendement de 50%, dans une activité simple telle que décrite plus haut. Le cumul des limitations bi-manuelles et cervicales nous justifient cette chute de rendement, sachant que l'assuré n'a pas par ailleurs accès à des activités non manuelles.

Dans les faits, en raison d'un déconditionnement important, et d'une identité d'invalidé « figée », il est irréaliste de placer R.\_\_\_\_\_ en entreprise, où son comportement et sa productivité ne lui permettraient actuellement pas de se maintenir. A ce titre, il pourrait largement bénéficier de mesures de réinsertion sur 6 ou 12 mois. Il refuse toutefois de se projeter dans toute idée de reprise professionnelle, indiquant finalement qu'il « le fera si nous le forçons, même s'il doit prendre beaucoup de médicaments ». Il est évidemment exclu d'aller de l'avant dans ces conditions.

Courant janvier 2009, R.\_\_\_\_\_ a repris contact avec le centre psychiatrique du Nord Vaudois, où il rencontrera le Dr [...] le 23 février prochain. Cette reprise thérapeutique pourrait parfaitement s'articuler avec les MR, raison pour laquelle nous avons demandé à R.\_\_\_\_\_ de transmettre nos coordonnées à son médecin, afin de discuter d'une prise en charge globale. Il y a toutefois peu de chances que notre assuré y donne suite."

Le 27 août 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de réduire la rente entière à une demi-rente. Il retient notamment ce qui suit dans son projet de décision :

" Après analyse médicale de votre situation et ensuite de l'expertise médicale psychiatrique réalisée auprès de la Clinique Corela à Genève, nous constatons que vous conservez une capacité de 50 % dans votre ancienne activité de chauffeur de poids lourds.

Par contre, il ressort des renseignements médicaux en notre possession que votre état de santé psychiatrique s'est amélioré depuis fin décembre 2006. Dès cette date, une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 50 %, peut raisonnablement être exigée de votre part dans une activité adaptée, respectueuse de vos limitations fonctionnelles.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons mandaté notre service de réadaptation professionnelle dans le but de vous aider à retrouver une activité professionnelle adaptée à votre état de santé.

Lors de l'entretien avec notre conseillère en réadaptation professionnelle, vous avez refusé toute mesure de réinsertion professionnelle, estimant ne plus être en mesure de reprendre une activité lucrative.

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

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 100 %, en tenant compte d'une baisse de rendement de 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 29'598.66.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service,

la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de votre âge, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à CHF 28'118.73.

Sans atteinte à la santé et en poursuivant l'activité de chauffeur de poids lourds, vous pourriez prétendre réaliser en 2006, selon la convention de l'Association suisse des transports routiers (ASTAG), un revenu annuel brut de CHF 65'000.00.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 65'000.00

avec invalidité CHF 28'118.00

La perte de gain s'élève à CHF 36'882.00 = un degré d'invalidité de 56.70 %"

Par lettre du 25 septembre 2009, AS.\_\_\_\_\_, du Service social de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon, a écrit à l'OAI qu'il était totalement invraisemblable pour l'assuré de comprendre et d'admettre qu'il aurait une aptitude au travail de l'ordre de 50 pour cent.

Le 19 octobre 2009, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI notamment qu'ayant suivi l'assuré régulièrement, elle ne notait pas d'amélioration de ses troubles depuis 2002 tant sur le plan psychique que physique. Elle ajoute que l'assuré suit également un traitement psychothérapeutique au CPNVD d'Yverdon. Elle estime qu'il n'y a aucune raison médicale psychiatrique permettant de penser que l'état de l'assuré s'est amélioré et par conséquent que son handicap serait moindre.

Dans un rapport du 9 décembre 2009, la Dresse M.\_\_\_\_\_ diagnostique un état dépressif au long cours depuis 1996, des douleurs cervico-dorsales chroniques depuis 1996, une maladie ulcéreuse depuis 1995, un syndrome d'apnées du sommeil depuis 1999, une hypertension artérielle, une hyperlipidémie et un diabète non insulino-dépendant et des affections dermatologiques (psoriasis et pityriasis versicolor). Elle indique que les troubles psychiques sont au premier plan, l'assuré présentant une

perte de motivation, un ralentissement psychomoteur, de l'angoisse et des troubles mnésiques. Elle estime l'incapacité de travail totale depuis 1997.

Dans un rapport déposé le 1er février 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques. Il mentionne avoir débuté un traitement ambulatoire dès octobre 2009 et que la date du dernier contrôle est le 19 janvier 2010. Il indique que malgré une prise en charge multidisciplinaire, l'assuré reste très déprimé et souffre d'un ralentissement psychomoteur sévère, d'un trouble de la concentration et de l'attention, le pronostic étant réservé. Comme traitement il indique une visite psychiatrique tous les deux mois, des antidépresseurs et des anxiolytiques. Il estime que l'assuré est dans l'incapacité de fournir un quelconque travail en raison d'une symptomatologie dépressive extrêmement handicapante.

Par décision du 16 février 2010, l'OAI a réduit la rente entière à une demi-rente dès le 1er avril 2010.

**D.** Par acte déposé le 24 mars 2010, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision en concluant qu'une rente entière d'invalidité continue à lui être versé subsidiairement en ce sens que la rente entière est remplacée par un trois-quarts de rente d'invalidité, réduction qui sera effective dès le premier jour du deuxième mois qui suivra la notification de l'arrêt rendu par la cour de céans.

Se fondant sur le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 2 février 2009, le recourant soutient que la décision attaquée sous-évalue sa baisse de rendement laquelle doit bien plutôt être fixée à 60 pour cent. Il estime que cette évaluation n'est pas en contradiction avec celle de l'expertise qui estime la capacité de travail à 50 % maximum. Il allègue en outre que le taux d'abattement de 5 % retenu par l'OAI est insuffisant, celui-ci ne tenant pas compte de son âge, ni de son absence de formation professionnelle, ni de sa nationalité. Il estime qu'un abattement de 15 % se justifie.

Il a requis l'audition de la Dresse M.\_\_\_\_\_.

A l'appui de son recours, il a produit notamment un rapport médical de cette praticienne du 17 mars 2010, dans lequel elle mentionne suivre le recourant régulièrement depuis 1996. Elle relève qu'entre 1995 et 2002, le recourant souffrait déjà de troubles psychiques sévères ayant motivé notamment trois hospitalisations en milieu psychiatrique, une incapacité de travail à 50 % étant reconnue par l'OAI de 1997 à 2002, puis, son état s'étant encore aggravé dès l'année 2001, une incapacité de travail complète a été admise dès le 1er avril 2002. Elle indique qu'au cours de ces dernières années, aucune amélioration de l'état de santé du recourant n'a pu être observée, tant sur le plan psychique que somatique et qu'elle a noté à plusieurs reprises des situations de crise qui ont amené le recourant à consulter en urgence, soit à sa consultation, soit au Centre de psychiatrie du Nord vaudois. Elle ajoute qu'une augmentation de la médication anxiolytique a souvent dû être proposée permettant d'éviter une nouvelle hospitalisation. Elle pose les diagnostics d'état dépressif sévère au long cours, aggravé depuis 2001, de douleurs cervico-dorsales chroniques sur troubles dégénératifs, de maladie ulcéreuse, de syndrome d'apnées du sommeil, d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie et d'affections dermatologiques (psoriasis et pityriasis versicolor). Elle estime que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée se situe entre 10 et 20%.

Dans sa réponse du 21 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis médical du Dr Q.\_\_\_\_\_ qui estime que les rapports de la Dresse Chausse des 19 octobre 2009 et 17 mars 2010 ne font état d'aucun fait médical nouveau. Il ajoute qu'alors que le recourant a présenté un épisode dépressif sévère ayant nécessité plusieurs hospitalisations en 2001 dans le contexte de son divorce, il est indéniable qu'une amélioration s'est produite puisqu'en 2006, l'expert psychiatre ne retrouve qu'un épisode dépressif actuel léger, malgré la mauvaise compliance au traitement antidépresseur démontrée. Il estime que les constatations objectives faites par les spécialistes devraient

l'emporter sur l'impression du médecin traitant, non étayée par des arguments médicaux.

Par réplique du 16 août 2010, le recourant a maintenu ses conclusions. Il déclare en outre douter qu'une activité permettant de travailler à 100 % avec une baisse de rendement de 50 % existe, une activité adaptée ne s'entendant pas seulement d'une activité au fond imaginable, mais également et surtout d'une activité concrètement envisageable sur un marché donné, avec un horaire, un salaire est un rapport hiérarchique définissable.

Par duplique du 13 septembre 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions et s'est référé à la jurisprudence fédérale offrant, selon lui, plusieurs exemples où une exigibilité telle que celle demandée ou recourant a été admise.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. 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 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en

soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

En l'espèce, le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit de du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une amélioration de son état de santé ayant pour conséquence une modification de son droit à la rente depuis la décision d'octroi d'une rente entière du 28 avril 2003.

**3.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin

que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

**4. a)** En l'espèce, la décision du 14 décembre 1998 de l'OAI allouant au recourant une demi-rente d'invalidité était fondée sur le rapport de l'hôpital de L'Île du 20 février 1997, ce rapport mentionnant un

syndrome de douleurs chroniques présent depuis le traumatisme de l'année 1993, des douleurs chroniques à la tête, à la nuque, aux épaules et au dos, des paresthésies de l'avant-bras côté cubital jusqu'au cinquième doigt des deux côtés, une ostéochondrose C5-C6 avec spondylose antérieure et calcifications prédiscales, une évolution dépressive et un défaut d'extension des doigts des deux côtés.

La décision du 28 avril 2003 allouant au recourant une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% se basait sur le rapport des Drs Dan et Anders du 3 juin 2002 diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'un trouble panique et une personnalité dépendante, ces médecins estimant l'incapacité de travail totale. La rente de 100 % était ainsi due aux troubles psychiatriques du recourant.

**b) ab)** Sur ce plan, après avoir effectué des tests psychologiques, l'expert psychiatre mentionne (expertise psychiatrique, p. 10) que la baisse de l'intérêt, les pleurs occasionnels, les soucis et les angoisses sous forme d'oppression thoracique sont des plaintes spontanées du recourant et qu'à l'anamnèse dirigée il se plaint en plus d'un mauvais sommeil d'une importance relative et de fatigue. L'expert relève qu'au status il existe un trouble dépressif récurrent dès lors que l'on repère au moins deux épisodes dépressifs d'intensité actuellement légère. Par contre, aucun trouble anxieux ou psychotique n'a pu être mis en évidence, de même qu'il n'y a pas de troubles de la personnalité ni d'argument clinique pour un problème d'abus de substances. Au status (expertise psychiatrique, pp. 3 et 4), l'expert a observé que le recourant participait à l'entretien, répondait aux questions posées et que son niveau d'attention et de compréhension était bon. Il n'a pas présenté pendant l'entretien de manifestations d'angoisse. Ses facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme sont conservées, ce qui ressort du fait que le recourant a dû répéter des informations exposées au cours de sa rencontre avec l'expert et lorsqu'il a dû faire appel à sa mémoire pour retrouver des dates d'événements récents biographiques, dates qui se sont révélées concordantes à celles du calendrier notamment. L'expert

relève en outre que la capacité de jugement s'est avérée adéquate et que globalement le niveau d'intelligence est suffisant pour qu'une bonne compréhension mutuelle avec l'expert puisse s'établir. L'expert a en outre exposé avoir retrouvé les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant en raison de douleurs multiples persistantes de plus de 6 mois, subjectivement intenses non entièrement explicables par un trouble physique, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse ayant pu constituer en permanence la préoccupation essentielle du recourant. Il estime toutefois que ce syndrome ne remplit pas les critères de gravité pour qu'il soit retenu comme ayant une influence sur la capacité de travail. En outre, il n'observe aucune commission morbide dans le discours du recourant.

Il résulte ainsi de cette expertise qu'il y a eu une amélioration de l'état de santé du recourant sur le plan psychique, le recourant ne souffrant plus que d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger et d'un trouble somatoforme douloureux, aucun trouble panique, ni de personnalité n'ayant été constaté, la capacité de travail de celui-ci étant dès lors entière.

Certes, la Dresse M. \_\_\_\_\_ estime que l'incapacité de travail est totale et diagnostique un état dépressif au long cours et, indiquant que les troubles psychiques sont au premier plan, que le recourant présente une perte de motivation, un ralentissement psychomoteur de l'anxiété et des troubles mnésiques. La Dresse M. \_\_\_\_\_ n'est toutefois pas psychiatre. Surtout, son appréciation est insuffisamment motivée. Quant au Dr B. \_\_\_\_\_, il diagnostique un trouble dépressif récurrent épisode sévère sans symptômes psychotiques mais ne motive pas non plus son diagnostic. Son rapport est peu documenté et ses conclusions ne se fondent pas sur des éléments objectifs, au contraire de l'expertise. Les conclusions de ces deux praticiens ne peuvent dès lors être suivies.

**bb)** Un trouble somatoforme douloureux persistant a été diagnostiqué par les experts, qui estiment que ce trouble n'a pas d'incidence sur la capacité de travail.

Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères, doivent être considérés comme pertinents les affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 506/04 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le

fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF I 87/06 du 31 janvier 2007 et jurisprudence citée).

En l'espèce, comme relevé ci-dessus, seul un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger doit être retenu. Il n'y a ainsi pas de comorbidité psychiatrique grave.

Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pour la plupart pas non plus réalisés. On ne voit en effet pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celui-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant, une affection corporelle chronique; toutefois, cette symptomatologie n'entraîne qu'une incapacité de travail partielle. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Dans le rapport d'expertise (pp. 2 et 3), il est mentionné, que le recourant fait des promenades, rencontre une connaissance dans un café, voit son fils qui habite la Suisse, et a renoué des contacts avec son fils et sa fille vivant en Serbie chez laquelle il s'est rendu pendant trois semaines en mai et juin 2006. On ne voit pas non plus au dossier que, chez le recourant, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Les médecins consultés ne font mention d'aucune

source de conflit intrapsychique ni situation conflictuelle externe permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. Il y a échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art sur le plan somatique mais non sur le plan psychique, où une nette amélioration a été observée. Enfin, l'expert a observé (p. 7 de l'expertise psychiatrique) une discordance entre l'intensité des douleurs alléguées et le comportement du recourant, qui ne montre aucune expression faciale algique ni limitation de posture en rapport avec ses douleurs. L'expert mentionne en outre (p. 3 de l'expertise psychiatrique) que le recourant s'est rendu en autobus depuis son domicile jusqu'au village serbe où vit sa fille, parcourant ainsi quatre mille kilomètres mais n'a pas fait état de douleurs particulières pendant ce voyage.

Il apparaît ainsi que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée de lui.

**bc)** Sur le plan psychiatrique, l'expertise comporte une anamnèse ainsi que les plaintes du recourant. Elle procède d'une étude complète et détaillée du cas du recourant et est exempte de contradictions. Claires et bien motivées, ses conclusions ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux et doivent dès lors être suivies.

Il y a dès lors lieu de retenir une amélioration de l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique dès la date de l'expertise, la capacité de travail de celui-ci étant dès lors entière.

**c)** Sur le plan somatique, les experts diagnostiquent le 15 juin 2006 des cervico-brachialgies chroniques avec irradiation brachialgique bilatérale non déficitaire et irradiation algique interscapulaire, sur troubles dégénératifs et statiques niveau C4/C5, C5/C6, ostéophytose postérieure, status post-traumatisme cranio-cérébral 1993, ainsi qu'une raideur articulaire des doigts d'étiologie indéterminée. Ces diagnostics sont

semblables à ceux posés par les médecins de l'hôpital de L'Ille. Les experts ne mentionnent pas d'aggravation de l'état de santé somatique, ni d'amélioration. Ils relèvent d'ailleurs que les divers traitements proposés associant mesures médicamenteuses antalgiques à des mesures physiques n'ont pas permis d'apporter une réelle amélioration sur le plan médical.

Les médecins de l'hôpital de l'Ille estimaient que la capacité de travail du recourant était de 50% dans son activité de chauffeur poids lourd sans port de charges, mais ne se sont pas exprimés sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant aux experts, ils estiment également que la capacité de travail du recourant pourrait être de 50% maximum dans l'activité de chauffeur poids lourd sans port de charges. Ils estiment en outre qu'une telle activité n'est pas la meilleure à envisager sur le plan médico-théorique. Cet avis est corroboré par le rapport d'observation du COPAI, qui décrit un homme malvoyant, malhabile, ralenti et dépassé, soit un état incompatible avec la conduite professionnelle d'un véhicule.

En ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts relèvent qu'il existe des limitations quantitatives et qualitatives en relation avec le syndrome cervical et avec la raideur des doigts des deux mains qui est associée à un déficit d'hyperextension desdits doigts, et les limitations quantitatives excluant le port de charges supérieures à 10-15 kilos, une position assise prolongée la tête penchée en avant et des travaux impliquant de la force dans les mains pour les activités fines. Afin d'éviter une décompensation algique particulièrement au niveau cervical, les experts suggèrent que l'assurée reprenne une activité professionnelle adaptée d'abord à temps partiel à raison de 50% par exemple puis que cette capacité de travail soit progressivement augmentée à 100% en l'espace de trois mois. Ils concluent à une capacité de travail dans un emploi adapté de 100% avec un rendement réduit de 20% motivé par la symptomatologie au niveau des mains.

Toutefois, il résulte du rapport du 2 février 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_ que, lors du stage du recourant au COPAI, celui-ci a obtenu des rendements entre 40 et 50% dans un plein temps. Le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionne que le recourant est passif, sans énergie ni initiative en lien avec le syndrome dépressif et qu'il est incapable d'accélérer son rythme et d'améliorer ses performances par la répétition. Il expose que le recourant n'a pas les capacités pour effectuer des travaux fins et n'a pas le physique pour effectuer des travaux lourds ou demandant de la force. Il indique que le recourant a des gestes gauches et brusques et qu'il manie difficilement les outils à main, ce qui est à mettre en relation avec la raideur des mains dont il se plaint.

Il résulte ainsi de ce rapport que les prévisions des experts quant à une capacité de travail totale avec un rendement réduit de 20% dans une activité adaptée ne se sont pas réalisées.

Dès lors que le Dr L.\_\_\_\_\_ prend en compte dans son appréciation de la capacité de travail des éléments d'ordre psychique, il y a lieu de s'en tenir à l'estimation de la capacité de travail constatée par les experts dans une activité adaptée au moment de l'expertise, soit une capacité de travail de 100% avec un rendement réduit de 50%. Il n'y a en effet aucun autre rapport médical émanant de spécialistes mettant en doute les conclusions de l'expertise quant aux diagnostics somatiques et à la capacité de travail du recourant lors de l'expertise.

**d)** En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a retenu une capacité de travail de 100% avec un rendement de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant dès la date de l'expertise en 2006.

**e)** Le dossier étant complet, il n'y a pas lieu d'interpeller la Dresse M.\_\_\_\_\_. La requête du recourant en ce sens doit dès lors être rejetée.

**4.** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**a)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, l'année de comparaison des revenus est 2006, année de l'amélioration de l'état de santé du recourant.

L'OAI a retenu un salaire sans invalidité de 65'000 fr. en se référant à l'ASTAG (association suisse des transports routiers). Ce montant, non contesté par le recourant doit être confirmé.

**b) ab)** Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne

assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182).

**bb)** S'agissant d'une activité à 100% avec un rendement de 50%, comme le relève l'OAI, une telle activité a été admise par le Tribunal fédéral (cf. notamment ATF I 64/05 du 19 septembre 2005). En outre, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles décrites par les experts (pas de port itératif de charges de plus de 10-15 kg, pas de position assise prolongée la tête en avant [en tenant compte des troubles statiques et dégénératifs objectivés au niveau de la colonne cervicale], pas de travail impliquant un travail de force au niveau des mains ou des mouvements fins [tenant compte d'une raideur des doigts associée à un déficit d'extension concernant les deux mains]) et par la division administrative de l'OAI selon laquelle, au niveau physique, le recourant n'est pas en mesure d'assumer les activités nécessitant une grande amplitude des membres supérieurs (travailler les bras levés), son habileté manuelle fine étant restreinte, la manipulation de pièces moyennes ou grosses étant possible, mais pas en force, et avec un ralentissement. Celle-ci relève d'ailleurs qu'en dehors de ports de charge (limités à 10-15 kg.) la position de travail assise et les déplacements n'ont pas posé de problème. Enfin, le fait que le recourant comprenne mal les consignes, parle mal le français, ou ne soit pas précis, ni habile, ni manuel, ou bricoleur comme cela est relevé dans le rapport de stage au COPAI n'est pas du ressort de l'AI.

C'est ainsi à tort que le recourant soutient qu'il n'existe aucune activité adaptée à son handicap.

**bc)** En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'732 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 1 niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 6-2011, p. 94, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'933 fr. 10 (4'732 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 59'197 fr. 30 et à 50% de 29'598.65.

**bd)** L'OAI a réduit les revenus ESS de 5%.

La prise en compte des limitations fonctionnelles de l'assuré dans la réduction du revenu d'invalidé ressortant des statistiques, alors même qu'elles ont déjà été prises en considération au moment de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail est sans conséquence sur la réduction des salaires ressortant des statistiques. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb p. 78 et les références citées; voir également ATF I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. (TF 9C\_280/2010 du 12 avril 2011).

En l'espèce, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles dont le recourant est atteint, de son âge ainsi que de son absence de formation, un abattement de 5% tel que retenu par l'OAI est nettement insuffisant. Afin de tenir compte de l'ensemble de ces circonstances, une réduction de 15% apparaît adéquate. Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 25'158 fr. 85. Comparé au revenu sans invalidité, on obtient un taux d'invalidité de 61.29%, ce qui donne droit à un trois-quarts de rente, la réduction de la rente intervenant dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, savoir dès le 1<sup>er</sup> avril 2010 et non pas dès le présent arrêt. Il n'y a en effet aucun motif de s'écarter de cette disposition légale comme le voudrait le recourant.

**5. a)** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens qu'un trois-quarts de rente est alloué au recourant dès le 1<sup>er</sup> avril 2010.

**b)** 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice à la charge de l'autorité administrative déboutée (art. 52 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause sur le principe, a été assisté d'un mandataire professionnel lors du dépôt de la réplique uniquement. Il a dès lors droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]), arrêtés à 1'500 fr. à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 16 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'un trois-quarts de rente est alloué au recourant dès le 1<sup>er</sup> avril 2010.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant R. \_\_\_\_\_ des dépens arrêtés à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Graf (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 :