

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mars 2014

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : MM. Neu et Merz  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par [...],

et

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

---

**Art. 17 LPGA, 28 LAI, 28a LAI**

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

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1952, ayant suivi une scolarité normale, sans formation professionnelle, a déposé le 7 octobre 2008 une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). Il a requis des mesures d'ordre professionnel (reclassement et rééducation) et une rente. A l'appui de sa demande, il a indiqué comme atteintes à la santé un infarctus du myocarde et des cervicobrachialgies existant depuis le 23 janvier 2008. Il a précisé avoir été pris en charge par son assurance perte de gain ([...]) depuis le 6 février 2008.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur complété le 17 novembre 2008 par l'établissement médico-social (ci-après: EMS) [...] que l'assuré travaillait à 100% comme aide de cuisine depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1995, pour un revenu mensuel de 4'251 fr. versé 13 fois l'an, et qu'il avait repris son activité à temps partiel depuis le 9 juin 2008. L'employeur de l'assuré a également précisé ce qui suit:

"Monsieur G.\_\_\_\_\_ s'occupe principalement du travail de plongeur. Cela signifie qu'il reste debout en permanence pour effectuer la vaisselle de nos résidents et collaborateurs. Il doit aussi porter des charges et se baisse et se relève constamment".

Dans un rapport médical du 19 novembre 2008 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré un status après infarctus du myocarde, une angioplastie circonflexe et IVA en janvier 2008, des cervicobrachialgies gauches sur discopathies dégénératives avec uncarthrose et rétrécissement foraminaux depuis mars 2008 et un status après poliomyélite dans l'enfance avec séquelle motrice du membre inférieur droit. Ce praticien a précisé que l'évolution sur le plan cardiaque était bonne, sans insuffisance ni arythmie, mais que depuis mars 2008 étaient apparues des douleurs cervicales importantes avec irradiation dans le bras gauche et paresthésies de la main gauche. L'évolution était marquée par une amélioration partielle des

douleurs, le patient restant néanmoins handicapé par ses douleurs chroniques qui augmentaient pendant son travail d'aide de cuisine, limitant alors sa capacité de travail à 50%. Comme limitations fonctionnelles, ce médecin a indiqué des douleurs cervicales permanentes, des limitations de la mobilité cervicale dans tous les plans et une fatigabilité accrue. L'assuré ne pouvait pas exercer une activité principalement en marchant, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, et ne devait pas porter de charges. Le médecin a encore noté que l'assuré boitait en raison de séquelles de la poliomyélite.

Un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, du 28 avril 2008, était joint au rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ y constatait des discopathies dégénératives étagées de C3-C4 à C6-C7, prédominant dans la partie gauche du disque, avec les altérations les plus importantes en C5-C6. Il y avait également une uncarthrose gauche associée en C3-C4 et C5-C6 avec rétrécissement foraminaux gauche.

Dans un rapport médical du 14 avril 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), a résumé la situation de la manière suivante:

"Cet assuré de 56 ans, d'origine sri-lankaise, marié et père de 2 enfants adultes, n'a pas de formation. En Suisse depuis 1989, il a toujours travaillé comme aide de cuisine. Il souffre de séquelles de poliomyélite au membre inférieur gauche, sous forme d'une amyotrophie avec boiterie. Le 22.01.2008, il fait un infarctus, traité au [...] [Centre hospitalier [...]] par implantation de 2 stents sur la circonflexe et la première marginale. Durant son séjour de réadaptation cardiovasculaire à la [clinique] de Clinique A.\_\_\_\_\_, il refait deux crises d'angine de poitrine nécessitant une nouvelle coronographie le 25.02.2008, avec mise en place d'un stent supplémentaire sur l'IVA. Par la suite, l'évolution sur le plan cardiaque sera favorable, sans insuffisance cardiaque ni troubles du rythme. En revanche, à partir de mars 2008, l'assuré développe des cervicobrachialgies gauches sur discopathies C3-C4 et C6-C7. Il a repris son activité habituelle à 50% en juin 2008 mais ne parvient pas à augmenter sa capacité de travail en tant qu'aide de cuisine, activité trop lourde et inadaptée. Dans une activité légère sédentaire sans positions statiques de la nuque, la capacité de travail est entière".

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a par ailleurs précisé que le début de l'incapacité de travail durable était le mois de janvier 2008, qu'elle avait été totale jusqu'au 8 juin 2008 puis qu'à compter du 9 juin 2008, l'assuré présentait une capacité de travail de 50% comme aide de cuisine. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux lourds, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de position statique de la nuque, pas de marche en terrain irrégulier.

L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements [...] (ci-après: [...]), à [...]e, du 11 mai 2009 au 7 juin 2009 (communication à l'assuré du 24 avril 2009). Selon le rapport d'orientation des [...] du 15 juin 2009, la mesure d'orientation professionnelle se concluait sur le constat que l'assuré présentait des difficultés le rendant difficilement observable en vue d'une orientation dans le circuit économique compétitif. Sur le plan professionnel, les performances montrées pendant la mesure correspondaient à ce qui était attendu des personnes travaillant dans des ateliers protégés. Dans ce contexte aucune cible professionnelle n'avait été proposée.

Par avis médical du 18 juin 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que le stage aux [...] avait démontré qu'en plus des limitations fonctionnelles définies par le SMR, un important tremblement des mains rendait impossible toute activité dans l'industrie légère par exemple. Pour les [...], seule une activité en milieu protégé était envisageable. Cependant comme l'assuré avait toujours son emploi d'aide de cuisine et qu'il parvenait à l'assumer à 50%, ce médecin retenait une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis juin 2008.

Par communication du 19 juin 2009, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Par projet d'acceptation de rente du 19 juin 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il avait le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, basé sur un taux d'invalidité de 50%. Le 8

octobre 2009, l'OAI a rendu un nouveau projet annulant et remplaçant le précédent, selon lequel l'assuré avait le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2009, puisque le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois depuis la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations. Le projet reposait par ailleurs sur les constatations suivantes:

- " - Vous exercez l'activité d'aide de cuisine à 100%.
- Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 23 janvier 2008. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI.
- Après examen des pièces médicales et économiques de votre dossier par le Service médical régional, force est de constater que dès le 9 juin 2008, votre capacité de travail est de 50% dans toute activité.
- Vous avez d'ailleurs repris votre activité habituelle à ce taux dès cette date.
- A l'échéance du délai de carence susmentionné, soit au 23 janvier 2009, votre capacité de travail est de 50%.
- Votre degré d'invalidité est donc de 50%.
- Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). Dès lors, le droit est ouvert dès le 1<sup>er</sup> mai 2009".

Par décisions des 4 décembre 2009 et 15 février 2010, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009.

L'assuré n'a pas recouru contre ces décisions.

**B.** Le 27 décembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 26 octobre 2010. Il a indiqué qu'il était atteint d'une poliomyélite depuis l'enfance, d'un éperon calcanéen et de tremblements depuis 2008.

L'assuré a produit le 21 janvier 2011 un certificat médical du 17 janvier 2011 établi par son médecin traitant, la Dresse U.\_\_\_\_\_, indiquant que son patient se trouvait en incapacité totale de travailler depuis le 26 octobre 2010, son état de santé s'étant dégradé. Elle a posé les diagnostics de poliomyélite dans l'enfance ayant comme séquelle une

amyotrophie du membre inférieur droit, un éperon calcanéen au pied gauche, un status post infarctus latéral et diverses angioplasties en 2008, ainsi qu'un trémor des deux membres supérieurs évoluant depuis 2008 et nettement handicapant depuis 2010. Elle a expliqué que depuis quelques mois, ces tremblements des membres supérieurs et des mains en particulier empêchaient son patient d'exercer son métier d'aide de cuisine, car il était incapable d'utiliser un couteau ou de laver la vaisselle, et n'arrivait plus à écrire ou signer. Pour le moment il n'y avait pas de traitement efficace. Elle a par ailleurs renvoyé à l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui avait examiné l'assuré le 16 novembre 2010.

Dans son rapport du 17 novembre 2010 à la Dresse U.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit:

"L'examen neurologique est dans les limites physiologiques, à part un status déjà connu après poliomyélite du membre inférieur droit. Par ailleurs, à noter de nombreux points d'insertion douloureux de type polyinsertionite.

En ce qui concerne le tremblement, il est bizarrement très variable et irrégulier sans autres signes en faveur d'une affection neurologique, en particulier, en faveur d'une maladie de Parkinson, comme nous en avons déjà discuté par téléphone le 16.11.10.

Dans ces conditions, sur le plan strictement neurologique, je n'ai pas d'examen complémentaire spécifique à vous proposer.

Sur le plan thérapeutique, l'introduction d'une benzodiazépine à petites doses pourrait être envisagée, tandis que je suis prêt à revoir rapidement ce patient, en fonction de l'évolution ou des renseignements supplémentaires que vous pourrez obtenir".

Dans un rapport médical à l'OAI du 25 février 2011, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un tremblement essentiel des membres supérieurs depuis 2008, nettement invalidant depuis 2010, les séquelles d'une poliomyélite de l'enfance sous forme d'une amyotrophie du membre inférieur droit distalement depuis le genou, causant une boiterie et une épine calcanéenne sous le pied gauche. Elle a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de polyinsertionite, status après infarctus le 22 janvier 2008 et status post angioplastie et stents en 2008. Elle a indiqué comme limitations fonctionnelles que l'assuré ne pouvait pratiquement plus utiliser ses mains, qu'il avait des difficultés à la marche, qu'il ne

pouvait pas exercer d'activités impliquant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, de porter des charges, monter sur une échelle, monter des escaliers et que son aptitude à se déplacer était limitée.

Par avis médical du 8 mars 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin au SMR, a relevé que l'examen neurologique était dans les limites de la norme mis à part le status après la poliomyélite déjà connu. Le trémor n'avait pas de substrat neurologique. Il proposait la mise en œuvre d'une expertise.

L'assuré a dès lors été soumis à une expertise en date du 11 mai 2011, effectuée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin assistante. Dans leur rapport du 16 mai 2011, ils ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de cervico-brachialgies gauches sur discopathie C3-C4 et C6-C7, de séquelles de la poliomyélite au membre inférieur gauche et de status après infarctus du myocarde. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, il ont indiqué du vitiligo et un tremblement essentiel discret. Ces médecins ont apprécié la situation de la manière suivante:

"(...)

Depuis juillet 2008, il a dû diminuer son taux de travail à 50% suite à un infarctus cardiaque, non réaugmenté par la suite en raison de cervico-brachialgies surtout à gauche. Sur des bases données par différentes évaluations médicales, vous avez décidé une rente AI à 50% depuis mai 2009. Le médecin traitant demande une révision de l'AI en raison d'un tremblement des membres supérieurs ddc.

A notre examen neurologique, nous ne trouvons pas d'évidence pour un syndrome cervical, ni de signes parlant en faveur d'une radiculopathie déficitaire (absence de parésie, réflexes préservés, absence de troubles sensitifs compatibles).

Nous avons pu constater un très discret tremblement au niveau de la tête, un discret tremblement de la voix et un tremblement fin prédominant à la posture plus qu'à l'action, plus au membre supérieur gauche que droite. Ces signes évoquent un tremblement essentiel modéré dont les répercussions sur les activités sont mineures. Nous n'avons pas d'argument en faveur d'un autre diagnostic organique neurologique (à part les séquelles de la poliomyélite dans l'enfance bien connues et bien gérées par le patient jusqu'à maintenant, sans aggravation anamnestiquement). Il n'y a pas de rigidité, de diminution du ballant des bras ou autres signes pouvant parler en faveur d'un

parkinsonisme. Il n'y a pas non plus d'atteinte cérébelleuse ni d'autres arguments suggérant d'autres origines organiques du tremblement.

Sur le tremblement essentiel, se greffe un tremblement irrégulier et fluctuant, présent par moments au repos, en posture ou à l'action, sous forme de mouvements plus amples avec, par exemple, un pianotement de la main gauche ou des mouvements de l'index répétitifs qui s'arrêtent dès que la concentration est déviée (à l'écriture, en faisant des tâches complexes avec l'autre main), ou de mouvements amples et proximaux lors de l'habillement. Ce tremblement irrégulier et distractible change d'axe lors de mouvements controlatéraux, augmente d'amplitude quand le patient est observé et diminue lorsque l'attention est déviée. Par exemple, le tremblement est ample et proximal quand nous observons le patient boutonner sa chemise, ce qu'il parvient à faire, ou mettre ses habits dans le pantalon, puis disparaît complètement quand il noue ses lacets de chaussures, alors que nous discutons avec son accompagnateur. L'ensemble de ces signes évoque un tremblement fonctionnel. Une telle atteinte psychogène est corroborée à l'examen clinique par des déficits sensitifs subjectifs dans des territoires non-anatomiques et la discordance entre la vitesse des mouvements automatiques pendant la conversation et la lenteur des mouvements effectués quand on demande au patient de les exécuter, ainsi que la présence de 8 points d'insertion douloureux parlant en faveur d'une possible polyinsertionite, déjà relevée par notre confrère le Dr X.\_\_\_\_\_. Ce tableau s'inscrit dans le cadre d'une atteinte anxio-dépressive chez un patient se décrivant avoir un moral bas, une anhédonie, un manque d'énergie, un arrêt de toutes les activités de la vie quotidienne et des troubles du sommeil.

La révision de l'Al est demandée par le médecin traitant en raison de l'apparition d'un tremblement chez un patient déjà au bénéfice d'une demi-rente Al depuis mai 2009. Le tremblement essentiel que nous avons observé n'est pas handicapant pour le travail actuel comme aide cuisinier tel que le patient nous l'a décrit, qui ne nécessite pas de grande stabilité ou de finesse de mouvement. Ainsi, il ne limite pas le patient pour la poursuite de son travail comme aide de cuisine et ne justifie pas d'augmentation de cette incapacité.

Par ailleurs, le problème principal de ce patient nous semble être la présence d'une atteinte anxio-dépressive et d'un tremblement fonctionnel. Il nous semble nécessaire d'envisager, dans l'optique d'une reprise progressive du travail, un soutien multidisciplinaire médical et psychologique (par exemple une évaluation conjointe neurologique et psychiatrique telle qu'elle existe au [...] pourrait être proposée dans ce sens). L'insertion d'un traitement du tremblement essentiel dans ce cadre pourrait aussi être tentée. Jusqu'à maintenant, à notre connaissance, aucune évaluation et prise en charge psychiatrique/psychologique pour des troubles anxio-dépressifs n'ont été effectuées.

## **B - Influences sur la capacité de travail**

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

#### ***Au plan physique***

Le tremblement essentiel modéré de ce patient n'a pas de répercussion sur la capacité de travail dans l'activité professionnelle actuelle nécessitant une augmentation de l'incapacité au-delà du 50% déjà accordé.

### ***Au plan psychique et mental***

Au vu du tremblement fonctionnel et de l'état anxio-dépressif, il y a actuellement des difficultés et une limitation qui nécessitent une prise en charge et un traitement adéquat.

### ***Au plan social***

Le patient est mal intégré en Suisse. On constate, de plus en plus, un isolement chez ce patient qui a déjà des difficultés dans la langue française et pas de formation.

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

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

Comme déjà discuté, le tremblement essentiel présenté par le patient n'entraîne pas d'incapacité de travail supplémentaire et le travail comme aide de cuisine devrait pouvoir être poursuivi au taux actuel d'incapacité.

### ***2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail***

Pas de répercussion supplémentaire par le tremblement essentiel sur la capacité de travail actuelle de 50%.

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

Oui, au même taux, sous réserve de la prise en charge multidisciplinaire des troubles fonctionnels.  
(...)

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

Ce tremblement essentiel n'a pas de répercussion supplémentaire sur la capacité de travail depuis que le patient reçoit sa demi-rente AI.

## **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons?**

Une remise progressive au travail devrait être tentée avec un soutien psychologique et neurologique.

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

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

Une prise en charge psychiatrique pour une atteinte anxio-dépressive et le tremblement fonctionnel nous semble indispensable. Une consultation conjointe psychiatre et neurologue, disponible au [...] dans

le service de neurologie pourrait être une possibilité de prise en charge.

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

Le retour progressif à sa capacité de travail antérieure (50%).

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

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

Eviter les travaux qui nécessitent de la finesse de mouvement qui pourraient être difficiles à cause du tremblement essentiel.

(...)"

Le 9 juin 2011, [...], assureur perte de gain en cas de maladie, a transmis à l'OAI divers documents médicaux concernant l'assuré, dont une expertise médicale réalisée le 6 juin 2011 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont il ressort ce qui suit:

**"Appréciation du cas et diagnostics**

Il s'agit d'un homme originaire du Sri-Lanka, âgé de 58 ans en date de l'expertise, en Suisse depuis 1989, travaillant comme aide de cuisine dans un EMS. Séquelle de poliomyélite essentiellement distale sur les extenseurs du membre inférieur droit dans l'enfance. Pas de problèmes particuliers jusqu'en 2008, où après un infarctus avec deux angioplasties par stent successives, il va se plaindre dans les suites immédiates à la fois de douleurs dans le bras gauche sous forme de cervico-brachialgies, puis de trémor dans les deux mains. Les investigations concernant les cervico-brachialgies mettront en évidence une arthrose cervicale inférieure, courante et banale, avec une petite diminution foraminale, n'expliquant que partiellement l'importance de la symptomatologie. Il n'y a pas de déficit neurologique. Demande et obtention d'une rente AI en mai 2009.

Péjoration du trémor, les investigations neurologiques ne mettent pas en évidence de causes claires.

A l'automne 2010 apparition d'une talalgie gauche, rebelle aux traitements, malgré des anti-inflammatoires, et un support plantaire. Début d'un arrêt de travail à 100% dès le 26 octobre 2010 qui perdure.

La marche s'effectue avec un angle du pas externe avec pied plat valgus à droite d'environ 35° et 15° à gauche. Empreinte podoscopique gauche sans particularité. La déambulation s'effectue avec une bascule du bassin à gauche, typique de façon à pouvoir faire un mouvement en rotation afin de projeter le membre inférieur droit en avant, le psoas et le quadriceps étant non fonctionnel. La pose de la jambe droite se fait en extension verrouillant ainsi la jambe, permettant ainsi le passage du pas. Il s'agit là typiquement de la démarche d'un patient présentant des séquelles de poliomyélite avec une parésie des extenseurs. On [est en] effet frappé par une excellente

trophicité de la musculature de la jambe gauche, et encore présente particulièrement au niveau de la cuisse, des adducteurs et de la loge postérieure à droite, plus modérément au niveau du mollet droit.

Concernant le trémor, comme le Dr X. \_\_\_\_\_ j'ai été frappé par sa quasi absence lors de certains gestes, et sa présence extrêmement marquée lorsqu'on lui demande d'exécuter des ordres simples.

Vis-à-vis de l'importance de sa musculature symétrique des membres supérieurs, que cela soit au bras, aux avant-bras ou aux mains, j'ai été frappé par les valeurs totalement fantaisistes au Jamar lors de la demande des ordres simples, en effet, les valeurs ne correspondent même pas à celle d'un enfant mâle de 12 ans. Ces valeurs laissent songeur, contrastant totalement à droite avec la poignée de main vigoureuse qu'il m'a fait particulièrement lorsqu'il m'a quitté.

J'ai également été frappé par l'absence totale de trémor de ses deux membres supérieurs lorsqu'il s'habille ne se sachant pas observé, ou lorsqu'il effectue certains mouvements.

Concernant le pied gauche, l'IRM met donc en évidence une lésion kystique bien circonscrite, ancienne, sans activité actuellement, correspondant selon la localisation très certainement à une ostéochondrite disséquante ancienne de l'astragale.

Il s'agit de lésions anciennes pour lesquelles il n'y a actuellement aucun signe actif vu l'absence d'oedème péri lésionnel. Il n'a actuellement aucune clinique pour une douleur de l'articulation tibiotarsienne, c'est-à-dire une douleur circonférentielle ou péri-circonférentielle de la cheville. La douleur décrite est clairement au niveau du talon, sous le talon au niveau de la voûte plantaire. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] a montré un banal épaissement de l'aponévrose plantaire à cet endroit, sans oedème osseux sur le calcaneum. Je n'ai donc pas d'explications très claires pour ses talalgies, mécaniques, sur le plan orthopédique. Les ostéochondrites internes du dôme astragalien occasionnent des douleurs de la cheville, plutôt internes, voire postéro-internes, mais pas de douleurs de type talalgies plantaires.

L'assuré est attendu au service de neurologie du \_\_\_\_ pour bilan neurologique le 12 mai 2011.

### **Réponses aux questions**

#### **Question 1: Quel est votre diagnostic?**

- Séquelles de poliomyélite du membre inférieur droit.
- Talalgies gauche d'étiologie indéterminée.
- Ostéochondrite postéro-interne du dôme astragalien gauche de découverte probablement fortuite.

(...)

#### **Question 4 : Quelle est votre appréciation sur la capacité de travail?**

Je n'ai pas d'explication très claire pour ses talalgies au vu d'un status clinique du membre inférieur droit dans les limites de la norme, une absence de lésions claires expliquant les talalgies sur le bilan radiologique. Il présente clairement des séquelles de poliomyélite du membre inférieur droit. Les plaintes lors de la consultation ont essentiellement concerné son talon gauche, pas sa cheville gauche ni son membre inférieur droit. Je n'ai aucune explication concernant les

douleurs spécifiques du talon gauche, si ce n'est une IRM avec un vague épaississement de l'aponévrose plantaire, sans gros signe de tendinopathie, d'oedème ou de rupture.

Concernant la capacité de travail, compte tenu de l'ostéochondrite du dôme astragalien qui peut occasionner des douleurs à la cheville, mais ce dont l'assuré ne s'est pas particulièrement plaint, l'handicap fonctionnel de son membre inférieur droit, une capacité de travail dans une activité debout, même partiellement ne me semble plus possible. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire assis, sur le plan strictement orthopédique, sa capacité de travail est totale. Il reste toutefois le problème neurologique, en particulier le trémor pour lequel je laisse le soin au neurologue de poser un diagnostic d'une part et son implication sur le plan de la capacité de travail avec les membres supérieurs.

**Question 5: Quel est votre pronostic concernant la reprise du travail dans la profession exercée?**

Réservé.

(...)"

Le 11 juillet 2011, la Dresse U.\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI réagissant au rapport d'expertise des Drs Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. Elle expliquait que l'assuré souffrait de tremblements pour lesquels aucun diagnostic n'avait pu être posé. Il s'agissait d'un patient avec une très grande volonté et qui aurait souhaité pouvoir garder son emploi et non d'un simulateur. Elle estimait qu'une reconversion professionnelle n'était pas envisageable.

Dans son avis médical du 13 juillet 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a fait les observations suivantes:

"Suite à la demande de révision formulée par le médecin traitant en raison d'un trémor des membres supérieurs totalement incapacitant, nous avons demandé une expertise au Prof. Q.\_\_\_\_\_, spécialiste des mouvements involontaires au [...]. Au terme d'un examen minutieux, l'expert conclut à la présence d'un tremblement essentiel discret prédominant à la posture plus qu'à l'action, et touchant davantage le membre supérieur gauche, dont les répercussions sur les activités sont mineures. Sur ce tremblement essentiel se greffe un tremblement irrégulier et fluctuant qui s'arrête dès que la concentration est déviée, ou lorsque l'assuré ne se sent pas observé. Il pourrait s'agir d'un tremblement fonctionnel s'inscrivant dans le cadre d'une atteinte anxio-dépressive. Ce tableau n'engendre pas de d'incapacité de travail supplémentaire dans l'activité exercée. Tout au plus peut-on admettre qu'une activité nécessitant de la finesse de mouvement n'est pas exigible. Le Prof. Q.\_\_\_\_\_ ajoute qu'une prise en charge psychiatrique et neurologique combinée est indiquée.

L'assurance perte de gain a, de son côté, ordonné une expertise orthopédique en raison de talalgies gauches gênant la marche et les déplacements, et qui seraient à l'origine de l'incapacité de travail totale depuis octobre 2010. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ne trouve pas d'explication aux douleurs alléguées par l'assuré. L'IRM du pied gauche montre une ostéochondrite du dôme astragalien pouvant occasionner des douleurs de la cheville que l'assuré ne présente pas. Au terme de son expertise, le Dr H.\_\_\_\_\_ conclut qu'il existe une pleine exigibilité dans une activité adaptée évitant les stations debout.

Au vu de ce qui précède, on peut retenir ce qui suit:

- La capacité de travail comme aide de cuisine est nulle depuis octobre 2010 en raison des talalgies gauches.
- L'exigibilité dans une activité adaptée est de 50%.
- Aux limitations fonctionnelles déjà mentionnées, il faut ajouter: pas de stations debout, pas de travail nécessitant des mouvements fins des mains".

Par projet de décision du 18 août 2011, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité, confirmant le droit à une demi-rente, compte tenu d'un taux d'invalidité de 56.06%.

Par communication du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait le droit à une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Le 8 septembre 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son fils, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision, expliquant que ses tremblements étaient de plus en plus intenses, qu'une maladie de Parkinson avait été détectée et qu'un traitement avait été mis en place, mais qu'il était mal supporté et avait été mis en suspens. L'assuré souffrait également de douleurs au talon qui l'empêchaient de marcher et de rester debout trop longtemps.

Dans leur avis médical du 29 septembre 2011, les Dr V.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont estimé qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau de nature à modifier l'appréciation médicale. Le trémor avait fait l'objet d'une expertise neurologique spécialisée et il en avait été tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Les talalgies avaient été examinées lors de l'expertise orthopédique et les limitations fonctionnelles qu'elles entraînaient, précisées.

Par décision du 21 décembre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 18 août 2011.

**C.** Par acte du 31 janvier 2012, G.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son fils, [...], a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 21 décembre 2011, concluant en substance à son annulation, tout en suggérant à la Cour de prendre contact avec son médecin traitant et son neurologue. Il a relevé que les explications de son médecin traitant, des experts du [...] et du Dr X.\_\_\_\_\_ divergeaient sur les causes de son tremblement, et soutenu que ce dernier médecin avait formellement identifié une maladie de Parkinson ; un début de traitement avait été mis en place, puis suspendu car il était mal toléré. Le recourant relevait également que son médecin traitant certifiait qu'il n'était plus en mesure d'exercer son métier d'aide de cuisine, compte tenu de son état de santé. Il a par ailleurs critiqué les conclusions de l'expertise réalisée par les médecins du [...], qui, selon lui, reposait sur des informations erronées quant à sa situation psychologique et sociale.

Dans sa réponse du 19 avril 2012, l'OAI a maintenu sa position.

Dans sa réplique du 15 mai 2012, le recourant, confirmant son point de vue, s'interrogeant sur les possibilités de retrouver un emploi adapté compte tenu de ses limitations fonctionnelles, a fourni des rapports médicaux complémentaires, à savoir:

- Un rapport médical du 21 mars 2012 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, selon lequel l'évolution après l'infarctus de 2008 était bonne, la coronographie effectuée en 2010 montrant une bonne perméabilité des stents et sans sténose significative. Actuellement le patient ne se plaignait pas de symptômes cardiovasculaires. Le médecin relevait une péjoration de son état global avec une prise de poids, un trémor important et des difficultés à la marche liée à la poliomyélite qu'avait subie le patient pendant son enfance.

- Un rapport médical du 14 mai 2012 de la Dresse U.\_\_\_\_\_ dans lequel elle estimait que l'état de santé de son patient se dégradait et qu'une reprise de travail était impossible.

### **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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art 38 et 60 LPGA), auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'augmenter la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur

le point de savoir si sa situation médicale a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

**3. 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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine). 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, 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. 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 exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C\_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui

exprimé pas ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, consid. 6.1; ATF 130 V 343, consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la

révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5.4; ATF 130 V 343, consid. 3.5.2; cf. également TF 9C\_123/2011 du 7 novembre 2011, consid. 2).

**4. a)** En l'espèce, à l'époque de l'octroi de la demi-rente en décembre 2009 et février 2010, il avait été constaté que le recourant présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité d'aide de cuisine, en raison de cervicobrachialgies présentes depuis mars 2008 et d'une boiterie due à des séquelles d'une poliomyélite contractée dans l'enfance. Il avait été retenu que l'évolution sur le plan cardiaque était favorable, sans insuffisance cardiaque ni troubles du rythme.

**b)** A l'appui de sa demande de révision, le recourant fait essentiellement valoir qu'il souffre de tremblements des membres supérieurs.

Dans leur expertise du 16 mai 2011, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont constaté à l'examen clinique que l'assuré présente un très discret tremblement au niveau de la tête, un discret tremblement de la voix ainsi qu'un tremblement fin prédominant à la posture plus qu'à l'action. Ils ont expliqué que ces signes plaident en faveur d'un diagnostic organique de tremblement essentiel modéré dont les répercussions sur les activités sont mineures. Ils ont écarté le diagnostic de Parkinson, expliquant que le recourant ne présente pas de rigidité, de diminution du ballant des bras ou d'autres signes parlant en faveur d'un tel diagnostic. Ils ont également constaté qu'il n'y avait pas d'atteinte cérébelleuse ou

d'arguments suggérant une autre origine organique du tremblement. Ils ont par ailleurs expliqué que sur le tremblement d'origine organique, se greffe un tremblement "fonctionnel" d'origine psychogène et non organique dès lors que celui-ci est irrégulier, fluctuant et distractible, et varie selon que l'assuré se soit observé ou non. Ce tremblement fonctionnel s'inscrit dans le cadre d'une possible atteinte anxio-dépressive, car le patient a décrit avoir un moral bas, une anhédonie, un manque d'énergie, un arrêt des activités de la vie quotidienne ainsi que des troubles du sommeil. Les experts ont conclu que le problème principal du recourant est qu'il présente une atteinte anxio-dépressive et un tremblement fonctionnel; ils ont dès lors proposé une prise en charge multidisciplinaire neurologique et psychiatrique. Pour les experts, au plan strictement physique, le tremblement essentiel modéré du recourant n'a pas un impact déterminant sur sa capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle d'aide de cuisine puisque celle-ci ne nécessite pas une grande stabilité et finesse de mouvement. Il n'y a pas lieu en conséquence d'augmenter son incapacité de travail au-delà du 50% déjà reconnu. Les experts ont toutefois réservé une éventuelle influence du trouble fonctionnel d'origine psychogène sur la capacité de travail du recourant.

Il faut constater au vu de ce qui précède que le rapport d'expertise repose sur une anamnèse détaillée, des examens médicaux complets et les conclusions du rapport sont claires et dûment motivées, de sorte qu'il remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. Il en ressort que du point de vue strictement organique, l'assuré présente un tremblement essentiel modéré qui n'a pas d'impact significatif sur la capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, qui lui a déjà été reconnue dans le cadre de la première demande de rente.

Les conclusions des experts emportent d'autant plus conviction qu'elles sont corroborées sur plusieurs points par celles du Dr X.\_\_\_\_\_, neurologue consulté par le recourant à la demande de la Dresse U.\_\_\_\_\_, ceci en particulier au sujet du fait que l'atteinte

organique du recourant ne permet pas d'expliquer l'ampleur du tremblement de ses membres supérieurs. Ce spécialiste a en effet expliqué que le tremblement était "bizarrement très variable et irrégulier", tout en constatant que l'examen neurologique était "dans les limites physiologiques" à part les séquelles de la poliomyélite déjà connues. On relèvera que contrairement à ce que soutient le recourant dans ses écritures, ce médecin a expressément exclu une maladie de Parkinson (voir son rapport du 17 novembre 2010 à la Dresse U.\_\_\_\_\_). Il a par ailleurs évoqué, comme les experts du [...], la présence d'une possible atteinte psychique puisqu'il a relevé que la prescription d'une benzodiazépine à petite dose pouvait être envisagée. Il ressort du reste de l'expertise des Drs Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ qu'un traitement de valium avait été instauré qui a permis d'améliorer les problèmes de sommeil du recourant (cf. expertise, p. 5). Enfin on relèvera que le Dr H.\_\_\_\_\_ a, comme les experts Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, observé que le tremblement des membres supérieurs du patient est totalement absent lors de certains gestes, en particulier lorsqu'il s'habille en ne se sachant pas observé.

Les différents rapports de la Dresse U.\_\_\_\_\_, qui estime que le recourant ne peut plus travailler, ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise des Drs Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, de celle du Dr H.\_\_\_\_\_ ou les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_. En effet, elle s'est contentée dans un premier temps de constater l'existence du trémor des deux membres supérieurs, estimant qu'il était nettement handicapant depuis 2010, sans décrire plus précisément ce phénomène et sans s'interroger sur ses origines. Postérieurement à l'expertise détaillée des experts du [...], elle a estimé qu'aucun diagnostic n'avait été posé qui expliquerait les tremblements de son patient, et ce sans expliquer en quoi l'expertise serait lacunaire ou les diagnostics des experts du [...] infondés. Manifestement incomplets et insuffisamment motivé, ses conclusions n'emportent pas conviction.

**c)** S'agissant de l'éventuelle influence du tremblement fonctionnel d'origine psychogène sur la capacité de travail du recourant, il y a lieu de considérer ce qui suit.

**aa)** Le Tribunal fédéral a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013, consid. 4.1). Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). La Haute Cour 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 a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352, consid. 2.2.3 et ATF 131 V 49, consid. 1.2). A cet égard, on retiendra au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358, consid. 3.3.1; ATF 132 V 65, consid. 4.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité de l'effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 et la référence citée). En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013, consid. 4.1). 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 demandes 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 l'expert insensible, ainsi que l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement social intact) (ATF 132 V 65, consid. 4.2).

**bb)** En l'espèce, dès lors que les experts Q.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence que le tremblement fonctionnel dont souffre le recourant n'a pas d'origine organique, il convient d'apprécier son éventuelle influence sur la capacité de travail du recourant à la lumière des principes rappelés ci-dessus.

Si les experts en neurologie ont évoqué la présence chez le recourant d'une possible atteinte anxio-dépressive, celle-ci n'est selon toute vraisemblance pas d'une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail supérieure à celle déjà reconnue dans le cadre de la première demande de rente. En effet, la Dresse U.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, a eu connaissance du rapport d'expertise neurologique mais n'a pas jugé nécessaire d'adresser son patient à un psychiatre. Par ailleurs, le traitement psychique se limite à la prescription de valium qui a du reste amélioré les difficultés de sommeil du recourant. A cela s'ajoute que le recourant n'est pas isolé socialement puisque, selon ses propres déclarations, il bénéficie du soutien de sa famille et de ses amis. Il ressort également de l'expertise neurologique, de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ et implicitement du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ que le tremblement fonctionnel est amplifié lorsque le recourant se sait observé. On peut raisonnablement en déduire que ce tremblement est moins prononcé au quotidien. Dans ces conditions, on admettra qu'il reste sans incidence notable sur la capacité de travail du recourant.

**d)** Au plan orthopédique, le Dr H.\_\_\_\_\_ a expliqué que les talalgies gauches dont se plaint le recourant n'ont pas d'étiologie claire, si ce n'était un vague épaissement de l'aponévrose plantaire à l'insertion sur le calcaneum découvert à l'imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM). Il a estimé que le recourant est limité, d'un point de vue objectif, par son handicap à la jambe droite (séquelles de la poliomyélite) et que l'ostéochondrite du dôme astragalien gauche, également révélée par l'IRM, est susceptible de provoquer des douleurs à sa cheville gauche. Compte tenu de ces atteintes, le Dr H.\_\_\_\_\_ considère que d'un point de vue strictement orthopédique, le recourant ne peut plus travailler debout, mais que dans une activité adaptée, c'est-à-dire assise, sa capacité de travail est totale. Il y a lieu de retenir que le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ repose sur des examens médicaux complets (examen clinique et bilan radiologique récent), contient une anamnèse détaillée, une appréciation claire de la situation médicale et est dûment motivé. Les experts ont pris en compte, en particulier, l'influence de l'atteinte de l'astragale gauche mise en évidence à l'IRM sur la capacité de travail du recourant. Dès lors, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer valeur probante.

**e)** Enfin, on relèvera qu'au plan cardiologique, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis 2008, comme l'atteste le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 21 mars 2012 où il explique que l'évolution après l'infarctus de 2008 est bonne, que la coronographie effectuée en 2010 montrait une bonne perméabilité des stents, et que le recourant ne se plaint pas de symptômes cardiovasculaires. Il ne ressort pas non plus des pièces du dossier que les cervicobrachialgies du recourant se seraient aggravées. Dans ces conditions, la capacité de travail de 50% en lien avec ces atteintes et les limitations fonctionnelles posées à l'époque de la première décision restent d'actualité.

**f)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, à l'instar du SMR dans son avis médical du 13 juillet 2011, que le recourant présente une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans stations debout et ne

nécessitant pas de mouvement fin des mains. Ces limitations fonctionnelles s'ajoutent à celles qui avaient été constatées par l'OAI à l'issue de la première demande de rente, à savoir: pas de travaux lourds, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de position statique de la nuque, pas de marche en terrain irrégulier (rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR du 14 avril 2009).

**5.** Il convient encore de vérifier le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé.

**a)** Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. En vertu de 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.

Il s'agit donc de comparer deux revenus hypothétiques, soit le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu hypothétique d'invalide.

En vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est celui de la naissance du droit à une (éventuelle) rente d'invalidité (ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 128 V 174, cf. également TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011, consid. 3.3); les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (TF I 511/03 du 13 septembre 2004, consid. 5.1).

**aa)** Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être

évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

**bb)** Selon la jurisprudence, pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré qui n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé alors que l'on peut raisonnablement l'exiger de lui, il est possible de se fonder sur des tabelles statistiques, en particulier sur les données issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Cette méthode concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 126 V 75, consid. 3b/bb; TFA I 171/04 du 1<sup>er</sup> avril 2005, consid. 4.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; cf. UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> édition, Bâle 2007, ch. 25 p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il convient

de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelle dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge et il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). Par ailleurs, la déduction globale maximale est limitée à 25% du revenu statistique (ATF 126 V 75, consid. 5b/cc). La déduction doit être motivée, en ce sens que l'assuré doit pouvoir se faire une idée des motifs qui ont amené l'administration à prendre sa décision; en particulier, cette dernière doit au moins expliquer brièvement pourquoi elle opère la réduction, et sur quels critères elle s'est basée dans le cadre de son appréciation globale (ATF 126 V 75, consid. 5b/dd in fine). La question de l'étendue de l'abattement est une question relevant du pouvoir d'appréciation; à cet égard, le pouvoir d'examen du tribunal cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71, consid. 5.2). 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 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. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71, consid. 5.2).

**b)** En l'espèce, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est l'année 2011, et non 2010 comme l'a retenu l'OAI. En effet, la modification de l'état de santé du recourant entraînant de nouvelles limitations fonctionnelles et la nécessité d'un changement d'activité a été attestée au plus tôt le 26 octobre 2010 (voir rapport

d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2011), de sorte que la modification éventuelle du droit à la rente est reportée en janvier 2011 (cf. art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]; cf. TF 9C\_238/2008 du 5 janvier 2009, consid. 5; TF I 798/04 du 4 novembre 2005, consid. 4).

Pour fixer le revenu sans invalidité, l'OAI s'est basé sur le dernier salaire perçu par le recourant dans son activité d'aide de cuisine, en reprenant les indications du questionnaire de l'employeur du 19 janvier 2011. Le montant de 59'709 francs doit ainsi être confirmé.

Pour fixer le revenu avec invalidité, dans la mesure où l'activité d'aide de cuisine n'est plus adaptée et que le recourant doit rechercher une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient de procéder à une approche théorique de la capacité de gain.

A cet égard, le salaire médian réalisé par les hommes en 2010 effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service) s'élève à 4'901 francs par mois, soit 58'812 fr. par an part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise. Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en moyenne en 2011 (La Vie économique, n° 9-2013, Tableau B 9.2, p. 94) et de l'indexation de 1% de 2010 à 2011 (La Vie économique, n° 9-2013, Tableau B 10.2, p. 95) c'est un revenu de 61'924 fr. 60 qu'il convient de retenir à 100%, correspondant à un revenu de 30'962 francs à 50%.

Le taux d'abattement de 15% appliqué par l'OAI sur le revenu hypothétique d'invalide paraît relativement bas compte tenu des limitations fonctionnelles, du taux d'activité et de l'âge de l'assuré. Le point de savoir si un abattement de 20% serait plus approprié peut toutefois demeurer ouvert. En effet, compte tenu d'un taux d'abattement de 15% à 20%, le revenu d'invalide est de 26'318 francs par an (30'962 - 4'644) à 24'770 francs par an (30'962 - 6'192).

Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le taux d'invalidité du recourant se situe entre 55,92 % ( $[(59'709-26'318 = 33'391 \text{ fr.}) / 59'709 \text{ fr.}] \times 100$ ), et 59% ( $[(59'709-24'770 = 34'939 \text{ fr.}) / 59'709 \text{ fr.}] \times 100$ ), taux qui donne droit à une demi-rente d'invalidité, comme l'a retenu l'OAI. Il n'y a donc pas lieu d'augmenter la rente d'invalidité du recourant.

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**a)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 21 décembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- G.\_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :