

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 avril 2018

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; art. 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1969, a déposé en 1994 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations en vue d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il se prévalait de problèmes psychologiques et de toxicomanie en rémission.

Dans le cadre de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à [...]. Par courrier du 18 novembre 1994 adressé à l'OAI, ce spécialiste a retenu, au vu de l'évolution de l'assuré, qu'il était impensable pour l'instant de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel. Il a joint à son envoi un rapport du 16 novembre 1994, posant d'une part les diagnostics de « troubles dysthymiques récidivants chez une personnalité limite, immature, à traits caractériels, présentant des troubles de l'adaptation graves, récidivants, avec perturbations des conduites, dépendance aux opiacés et abus de cannabis », et d'autre part attestant de difficultés majeures dans un suivi ambulatoire, d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne à grave avec caractéristiques psychotiques dès fin juin 1994, de consommation d'héroïne et d'un traitement de substitution à la méthadone ayant pris fin le 8 novembre 1994.

Par décision du 5 juillet 1995, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles, en retenant que selon les renseignements médicaux un reclassement professionnel n'était pas compatible avec l'état de santé de l'assuré.

**b)** Le 17 septembre 2004, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession. Il se prévalait de toxicomanie au départ de 1989 à 1993, puis d'une polytoxicomanie

jusqu'en 2003 et de difficultés à retrouver un emploi en raison de sa toxicomanie, qui durait depuis plusieurs années.

Par décision du 22 novembre 2004, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif qu'une précédente décision avait déjà été rejetée en 1995 et que l'intéressé n'avait fait valoir aucun fait nouveau justifiant une révision de cette décision.

Le 25 septembre 2006, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession. Il s'est référé à une fracture de la cinquième et sixième cervicale ensuite d'un accident de ski survenu le 7 février 2006 ainsi qu'à des douleurs répétitives et a indiqué qu'il pouvait travailler dans la vente de matériaux de construction.

Par décision du 22 novembre 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, au motif qu'une précédente décision avait déjà été rejetée en 1995 et que l'intéressé n'avait fait valoir aucun fait nouveau.

**c)** Le 14 mars 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, visant à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a relevé que, suite aux séquelles résultant de son accident de ski du 7 février 2006 – soit l'impossibilité de soulever des poids de plus de 15 kilos –, il ne pouvait plus travailler comme monteur électricien et qu'il pouvait seulement faire un travail commercial sans efforts physiques, faisant part de son intention de se diriger vers une formation de gestionnaire de vente.

Dans un rapport du 2 mars 2007 adressé à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et chef de clinique adjoint du service de neurochirurgie du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_, (ci-après : Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_), a indiqué avoir examiné l'assuré la première fois le 26 février 2007 et a notamment relevé ce qui suit :

« En bref, il s'agit d'un patient de 36 ans qui a été victime d'une chute à ski le 07.02.2006 avec une fracture subluxation C6-C7, raison pour laquelle il a bénéficié d'une discectomie C6-C7 avec mise en place d'une cage et plaque par abord antérieur suivie d'une fixation postérieure de C6 à D1 le 10.02.2006. En postopératoire, il présentait une évolution favorable avec cependant toujours des nualgies qui limitaient sa capacité de travail.

Sur le plan neurologique, il n'y a pas de déficit moteur ni de la sensibilité. M. V. \_\_\_\_\_ présentant toujours des douleurs au niveau de sa nuque qui ont tendance à augmenter et comme dans le cadre de son activité professionnelle, il porte ou déplace des poids dépassant 15 kg (selon ses dires), il se pose la question d'un reclassement professionnel dans un travail mieux adapté. En ce qui me concerne, j'appuie sa demande d'envisager une nouvelle formation ne requérant pas le port de charges lourdes, afin aussi d'éviter un chômage à long terme. Il est vrai que le patient ne souffre actuellement pas de troubles neurologiques mais les séquelles sont difficiles à évaluer dans le temps. A mon avis, M. V. \_\_\_\_\_ est capable de reprendre son travail pour autant qu'il bénéficie d'un support (aide) pour les charges lourdes ».

Par projet du 26 septembre 2008, confirmé par décision du 30 avril 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 7 février 2007 au 30 novembre 2007 et à l'aide au placement. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressé avait été réduite depuis le 7 février 2006 et que, selon les renseignements médicaux en possession de l'office, il existait une capacité de travail à 100 % dès septembre 2007 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répétitif de plus de 5 kilos, activités de force, positions extrêmes statiques prolongées du rachis: flexion, extension et mouvements de rotation droite/gauche). Pour la période postérieure au 30 novembre 2007, se basant sur une comparaison des revenus pour 2007, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 10 %, soit un taux inférieur à celui donnant droit à des mesures de reclassement. L'assuré a recouru contre cette décision, se prévalant de son état de santé et de sa situation personnelle.

Le 14 septembre 2009, l'assuré a produit un rapport du 8 septembre 2009 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont la partie « discussion » est la suivante :

« Sur la base de l'ensemble de ces éléments, du point de vue strictement neurologique il y a essentiellement un syndrome

cervico-vertébral relativement marqué mais il n'y a aucune évidence pour une souffrance radiculaire de caractère irritatif ou déficitaire. Il n'y a non plus pas de signes de souffrance médullaire. Les limitations fonctionnelles du point de vue clinique neurologique sont essentiellement liées à ce syndrome cervico-vertébral avec une impossibilité de soulever des charges ou de les porter si elles dépassent le poids de 5 kilos. Il est également important que le patient puisse changer fréquemment de position pour éviter les phénomènes de crispation au niveau du rachis cervical.

Par ailleurs il y a probablement des troubles neuropsychologiques avec troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, liées en partie à la toxicomanie et en partie peut-être aussi au traumatisme de février 2006.

Il me semblerait judicieux dans ce contexte qu'un bilan neuropsychologique soit une fois établi pour pouvoir mieux apprécier les possibilités du patient ce qui devrait permettre de mieux avancer pour sa réorientation professionnelle.

Il semble par ailleurs qu'une expertise psychiatrique soit également envisagée.

L'ensemble de ces éléments devrait permettre d'augmenter les chances de réinsertion de ce patient ».

Dans ses déterminations du 12 novembre 2009, l'OAI a indiqué qu'il ne s'opposait pas à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, se référant à un avis médical du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) des Drs H. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, qui retient notamment les passages suivants :

« A la lecture du [rapport du Dr N. \_\_\_\_\_], nous relevons que nous avons rendu les mêmes conclusions concernant la pathologie somatique et les [limitations fonctionnelles]. Concernant de possibles troubles neuropsychologiques, ceux-ci ne peuvent être en effet objectivés que par des tests neuropsychologiques. Ces derniers permettraient alors de mettre en évidence des séquelles de prise de toxiques ou éventuellement de suites du traumatisme de février 2006, bien que pour ce dernier événement, aucun élément médical n'a été signalé dans ce sens.

Les tests neuropsychologiques pourraient être pratiqués dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Un avis supplémentaire sur le plan neurologique n'est pas nécessaire ».

Par arrêt du 9 juin 2010 (AI 257/09 - 265/2010), la CASSO a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et neuropsychologique et nouvelle décision.

**B.** Il ressort du rapport du 1<sup>er</sup> février 2011 de X.\_\_\_\_\_, psychologue, relatif à l'examen neuropsychologique de l'assuré des 25 janvier et 1<sup>er</sup> février 2011, ce qui suit :

« **Conclusions de l'examen neuropsychologique :**

L'examen neuropsychologique a mis en évidence :

- Des troubles modérés de l'apprentissage, de la fixation et du rappel en mémoire épisodique verbale ; en mémoire visuo-spatiale, le rappel d'informations nouvelles est également légèrement déficitaire ; dans les deux modalités, les phases d'apprentissage sont caractérisées par des confabulations et des confusions entre les informations.
- Des troubles attentionnels modérés touchant l'attention divisée, le déplacement du foyer attentionnel et surtout la mémoire de travail
- Des troubles exécutifs discrets, en l'espèce d'un ralentissement et d'un manque de mobilité intellectuelle à la programmation mentale fine.

Les troubles cognitifs observés lors de cet examen constituent vraisemblablement, en l'absence de données médicales référant à un traumatisme crânio-cérébral ou même crânien lors du traumatisme de février 2006, les séquelles de la prise prolongée de toxiques.

Ils sont susceptibles d'être légèrement modulés par la prise de Méthadone actuelle, mais cette modulation devrait être modeste et sur le plan neuropsychologique, il faut compter avec la présence de troubles mnésiques et attentionnels modérés et exécutifs discrets, de manière stable, chez un assuré abstinent de consommation de toxiques depuis plus de trois ans.

Les troubles neuropsychologiques sont susceptibles de ralentir les acquisitions dans le cadre éventuel d'une reprise professionnelle et d'une nouvelle formation ; ils sont susceptibles également le cas échéant de réduire le rendement à des tâches professionnelles ; à titre indicatif la diminution du rendement s'évalue à 20% sur le plan des atteintes neuropsychologiques.

**Diagnostic clinique neuropsychologique :**

troubles mnésiques et attentionnels modérés et troubles exécutifs discrets, constituant un diagnostic au sens de l'ICD 10, de "Autre déficit cognitif persistant lié à l'utilisation de substances psychoactives multiples F19.74" ».

Le rapport d'expertise psychiatrique du 14 février 2011 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a la teneur suivante :

#### « **4. Diagnostics**

Selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10)

##### 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Personnalité émotionnellement labile type borderline F60.31, présente depuis jeune adulte.
- Autre déficit cognitif persistant lié à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, actuellement abstinent F19.74, présent depuis de nombreuses années.

##### 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Syndrome de dépendance aux opiacés, suit actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale F11.22, présent depuis l'âge de 21 ans (1990).
- Syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent F14.20, présent depuis l'âge de 19 ans (1988).
- Syndrome de dépendance au tabac, utilisation continue F17.24, présent depuis l'âge de 16 ans (1985).

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

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

###### Au plan physique

Confère avec les médecins somaticiens.

###### Au plan psychique et mental

Des limitations qualitatives et quantitatives sont présentes en relation avec la personnalité émotionnellement labile type borderline, à savoir : une interprétativité, par moments des idées paranoïdes, des conflits relationnels et un fonctionnement dans le « tout ou rien », associé à des troubles mnésiques et attentionnels modérés et des troubles exécutifs discrets.

###### Au plan social

Quelques limitations qualitatives et quantitatives sont présentes en relation avec le trouble de personnalité en raison de l'interprétativité et des conflits relationnels. Cependant, M. V. \_\_\_\_\_ a pu tisser un nouveau réseau social, essentiellement féminin, ainsi qu'une nouvelle liaison amoureuse.

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

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

Le trouble de personnalité et le déficit cognitif entraînent une interprétativité, des conflits relationnels, par moments des idées paranoïdes et un fonctionnement dans le « tout ou rien », une diminution modérée de la mémoire et de l'attention.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

La capacité résiduelle de travail, sur le plan psychique et neuropsychologique, est de 70%.

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

Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible sur le plan psychique et neuropsychologique à raison de 6 heures par jour.

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

Dans une activité à 70 %, pas de diminution du rendement.

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

Incapacité de travail de 20 % au moins depuis 1994 environ.

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

Le trouble de personnalité et le déficit cognitif modéré entraînent une incapacité de travail de 30 % depuis 1994 environ.

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

Le trouble de personnalité et le déficit cognitif modéré interfèrent en partie sur l'adaptation à un environnement professionnel.

**C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

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

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Théoriquement, des mesures de réadaptation professionnelle à 70 % ou une aide au placement seraient envisageables ; cependant, M. V. \_\_\_\_\_ s'estime dans l'incapacité d'exercer une activité pour des raisons physiques. Par conséquent, toutes mesures de réinsertion seront vouées à l'échec.

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

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

Les mesures médicales sont adéquates avec une prise en charge suivie au Centre de [...] et un traitement de substitution. Pas d'autres mesures à proposer pour augmenter la capacité de travail. A relever que les troubles de personnalité répondent mal aux psychotropes.

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

Les mesures décrites ci-dessus ne vont probablement pas augmenter la capacité de travail.

## **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 ?

Oui, d'autres activités simples sont exigibles de la part de l'assuré, pour autant qu'elles s'exercent au sein d'une petite équipe suffisamment cadrante.

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

L'activité adaptée peut être exercée 6 heures par jour.

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

Pas de diminution du rendement dans une activité adaptée à 70% [...] ».

Par décision du 15 septembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'octroi du droit à l'orientation professionnelle et qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle dans le secteur de la gestion du commerce de détail auprès du Centre ORIF de [...] du 20 septembre au 31 décembre 2011.

L'OAI a par la suite alloué à l'assuré des mesures professionnelles et pris en charge les frais de formation dans le secteur de la gestion du commerce de détail auprès du Centre ORIF de [...] (cf.

décision du 31 janvier 2012) ainsi que les coûts d'un cours « force de vente » auprès de la SEC formation à [...] (cf. décision du 23 février 2012).

Il ressort du rapport final du Centre ORIF du 12 mars 2012 que sur les plans théoriques et pratiques, l'assuré avait démontré de la persévérance et de l'implication, qu'il subsistait des lacunes en français et en mathématiques, que l'intéressé avait une bonne stratégie de réflexion, avait fait preuve d'autonomie et de rigueur dans les travaux qui lui avaient été confiés et qu'une formation dans le domaine de la vente pouvait être envisagée moyennant un investissement important sur le plan de l'acquisition des concepts théoriques. Il n'a en revanche pas été possible de confirmer ou d'infirmer l'adéquation de l'orientation professionnelle avec les limitations fonctionnelles de l'assuré en raison de ses nombreuses absences, dues à des raisons médicales qui n'étaient toutefois pas liées à celles relevées par l'OAI.

Par décision du 3 juillet 2012, l'OAI a informé l'assuré de son droit à un reclassement professionnel et à la prise en charge d'une formation pratique de conseiller clientèle auprès de la société S. \_\_\_\_\_ SA à 70% du 23 juillet 2012 au 25 janvier 2013.

Dans un rapport du 9 décembre 2013 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), syndrome de dépendance aux opiacés actuellement abstinant, sous traitement de substitution de Méthadone (F11.22), utilisation nocive pour la santé de cocaïne, utilisation épisodique (F14.1), déficit cognitif avec troubles de l'apprentissage et troubles attentionnels modérés et de status après fracture cervicale depuis 1994. Il a pour le surplus exposé ce qui suit :

« Au vu des nombreuses incapacités de travail de durée prolongée, il me semble impossible d'exiger de M. V. \_\_\_\_\_ un taux d'activité supérieur à 50 % lorsqu'il est suffisamment stable. Il est aussi nécessaire que M. V. \_\_\_\_\_ soit aidé et suivi dans sa recherche d'emploi lorsqu'il aura retrouvé une capacité de travail suffisante ».

Dans un rapport du 16 décembre 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit :

« [...] L'assuré déclare le 27.09.13 renoncer à une aide au placement en raison de son état de santé. Le Dr T. \_\_\_\_\_ annonce le 09.12.13 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un trouble de la personnalité de type borderline (F60.31), un syndrome de dépendance aux opiacés actuellement abstinant sous traitement de substitution à la méthadone (F11.22), une utilisation nocive pour la santé de cocaïne, utilisation épisodique (F14.1), un déficit cognitif avec troubles de l'apprentissage et troubles attentionnels modérés, évoluant depuis 94. Il prétend que l'état s'est péjoré cette dernière année justifiant une IT depuis en tous cas les 6 derniers mois, et qu'il ne sera pas possible d'exiger plus de 50% de l'assuré. Il explique par ailleurs que le stage chez GR s'était bien déroulé et avait permis à l'assuré d'acquérir de nouvelles compétences dans une période de stabilité psychique. Un RM du département de psychiatrique Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_ indique le 20.11.13 uniquement un probable trouble de la personnalité avec des traits narcissiques, et l'addiction, mais pas de trouble dépressif récurrent. Le Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_ signale uniquement un contexte familial de crise (cf. RM), mais pas de pathologie psychiatrique véritablement incapacitante. Enfin des certificats d'IT du Dr T. \_\_\_\_\_ attestent des IT successives depuis le 20.11.12.

*Notre réponse est la suivante :* 1/ nous sommes surpris par ces certificats alors que l'assuré continuait à travailler chez [S. \_\_\_\_\_] jusqu'au 25.01.13, et qu'il devait s'inscrire au chômage (cf. pièces à cette époque). Les certificats de nov. 12 à janvier 13 d'IT [incapacité de travail] à 100% ne peuvent donc pas être crédibles ; 2/ les diagnostics du Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_ avec les hospitaliers sont bien différents de ceux avancés par le Dr T. \_\_\_\_\_ : nous avons uniquement un probable trouble de la personnalité (probable n'est pas certain), et aucun trouble dépressif récurrent qui normalement est retenu du fait d'épisodes dépressifs antérieur[s] successifs. Enfin un épisode moyen n'est p[a]s incapacitant (pas de syndrome somatique associé) ; 3/ nous rappelons aussi qu'à l'acte II, de nouvelles mesures étai[en]t demandées à au moins 50% dans la vente et ceci au motif que le poste chez S. \_\_\_\_\_ n'était pas un poste adapté sur le plan physique et non pour des raisons psychiques. Bref l'assuré était prêt à retravailler alors que des certificats d'IT étaient délivrés par le Dr T. \_\_\_\_\_ ; 4/ l'expertise du TCA auprès du Dr W. \_\_\_\_\_ le 14 02 11, retient les addictions et le syndrome de dépendance, comme celui du trouble de la personnalité associé à un déficit cognitif, mais pas de trouble dépressif récurrent.

Donc toutes les affirmations du Dr T. \_\_\_\_\_ paraissent donc bien discordantes et n'emportent pas notre adhésion. Dès lors une aggravation, apparaît donc, ni plausible, ni crédible ou convaincante en l'état. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit. L'argumentation et les diagnostics avancés maintenant n'apparaissent pas convaincants.

*Au total*, nous en restons pour l'instant aux conclusions antérieures en considération que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière.

Le 27 février 2014, l'OAI a écrit au conseil de l'assuré que de nouvelles mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires, l'intéressé ayant acquis des connaissances professionnelles suffisantes lui permettant de poursuivre durablement sa carrière professionnelle. S'il a reconnu que l'activité exercée dans le secteur du carrelage auprès de S.\_\_\_\_\_ SA n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré en raison du port fréquent de charges de l'ordre de 20 kilos constituées par les panneaux d'échantillons de carrelage, l'OAI a rappelé qu'il disposait d'une formation lui permettant de viser une poste dans le secteur de la vente. Pour le surplus, l'office a indiqué que l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_ s'agissant d'une capacité de travail limitée à 50% ne pouvait être suivi, son rapport du 9 décembre 2013 n'apportant aucun élément médical nouveau ou suffisamment pertinent pour remettre en question la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

L'assuré a été hospitalisé auprès de la Fondation F.\_\_\_\_\_ en raison d'une rechute de toxicomanie au début de l'année 2014.

Dans son rapport à l'OAI du 2 avril 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie des addictions auprès de la Fondation F.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F 33.1), personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31), déficit cognitif avec troubles de l'apprentissage et troubles attentionnels modérés et de status après fracture cervicale. Il a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à la cocaïne, actuellement abstinent dans un environnement protégé (F 14.21). S'agissant de la capacité de travail, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que dans un contexte résidentiel, l'assuré pouvait s'investir dans des activités occupationnelles à hauteur de 40 à 50% dans les moments de stabilité psychique, mais que la capacité à s'investir dans une activité s'effondrait lorsque l'humeur s'abaissait et/ou l'anxiété augmentait en lien avec des problèmes banals de la vie quotidienne. Il a précisé que la capacité à s'investir

régulièrement dans une activité était limitée par la faible résistance au stress et au manque de capacité à se stabiliser émotionnellement dans les moments de péjoration de l'humeur.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ a pris position sur le rapport précité dans un avis du 19 mai 2014 et considéré qu'il n'apportait aucune information nouvelle que le SMR ne connaissait déjà. Il a constaté que les affirmations du Dr J. \_\_\_\_\_, eu égard au trouble dépressif récurrent, n'apparaissaient ni plausibles ni convaincantes au vu du dossier et plus particulièrement de l'expertise psychiatrique et neuropsychologique, dont les conclusions revêtaient une pleine valeur probante et qui ne pouvaient pas être remises en cause par le médecin traitant.

Il ressort du rapport du 17 juillet 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles liées au syndrome d'apnées du sommeil, lequel, sous traitement, n'aurait pas d'influence sur la capacité de travail. Ce praticien a également relevé que les troubles de concentration et de mémoire dont se plaignait l'assuré ne devraient influencer que très peu sa capacité de travail.

Le 24 juillet 2014, l'OAI a réceptionné un rapport du 7 juillet 2014 émanant du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie au Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_, qui suit l'assuré dans le cadre de son hépatite C chronique. Ce spécialiste a relevé qu'il était possible que la fibrose ait progressé depuis 2011 et qu'un traitement antiviral serait indiqué et pourrait être démarré en fin d'année 2014 ou début 2015 si la situation psychosociale était alors bien maîtrisée. Il était prévu que l'état de l'assuré soit réévalué au mois d'octobre.

On extrait ce qui suit de l'avis médical du SMR du 28 juillet 2014 :

« [...] 6<sup>ème</sup> mouvement : après le volet psychiatrique du 5<sup>ème</sup> mouvement, alors que l'assuré attestait lui-même une amélioration et de sa volonté à vouloir retrouver un travail, l'Office reçoit de

nouveaux RM : 1/ la PMU en date du 10.10.12 (c'est-à-dire 2 ans après !) fait part d'une cholécystectomie par voie laparoscopique, d'un bilan hépatique stable, et que l'assuré a d'importants projets professionnels, et qu'il ne souhaite pas d'arrêt de travail. Nous précisons en plus qu'une cholécystectomie n'appartient pas au registre des IT durables, d'autant que l'assuré avait pu travailler (conseiller de vente) et qu'une prolongation fût même mise en place à un taux de 70% chez S.\_\_\_\_\_ du 23 07.12 au 25.01.13.

2/ la Pneumologie de [...] en date du 16 05.14, annonce une polysomnographie alors que l'assuré est peu symptomatique : le résultat est modéré. Un traitement par C-PAP est souhaitable. Le Dr L.\_\_\_\_\_, Pneumologue de [...], indique le 17.07.14, que les problèmes de l'assuré ne devraient influencer que très peu sa CT, et qu'il ne s'est pas présenté à la consultation pour l'instauration d'un traitement. Il signale que le SAS traité n'aurait pas d'incidence sur sa CT, et qu'il n'existe pas de LF en relation avec cette pathologie.

4/ le Service de gastro-entérologie du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_, indique le 06.03.14 juste un polype rectal, qui est selon notre avis bénin et sans incidence sur la CT, et une suspicion de varices œsophagiennes... (sans incidence sur la CT aussi).

Finalement, aucun nouvel élément n'apporte la preuve d'un changement significatif de l'état de santé. L'avis JUR du 26.06.14 va aussi dans le sens du SMR au vu de ces résultats. Enfin, un courrier de l'assuré du 24.06.14 montre qu'il est à la recherche de deux stages, d'un emploi et d'un appartement. Il spécifie que travailler à 50% serait un max. sans expliquer pourquoi. Nous constatons que l'assuré n'est donc pas si mal que cela puisqu'il avoue pouvoir travailler. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures : CT70%.

*Au total*, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation médicale est inchangée. Nous n'entrons pas en matière ».

Le 10 décembre 2014, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, selon la formulation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Faisant suite au jugement de la CASSO, la décision du 30 avril 2009 est annulée, afin de compléter l'instruction, portant sur une expertise psychiatrique avec examen neuropsychologique.

L'expertise psychiatrique est réalisée le 24 janvier 2011 et l'examen neuropsychologique les 25 janvier et 1<sup>er</sup> février 2011.

Les observations médicales ont mis en évidence une incapacité de travail de 30 % depuis 1994 au plan psychique et neuropsychologique (troubles modérés de l'apprentissage, de la fixation et du rappel en mémoire épisodique verbale, troubles attentionnels modérés et exécutifs discrets).

L'incapacité durable de travail ayant débuté aux environs de 1994, le début du droit théorique à une rente est fixé à 1995. C'est donc à ce moment-là pour déterminer le taux d'invalidité.

Suite à un accident survenu le 7 février 2006, M. V. \_\_\_\_\_ dépose une nouvelle demande.

Au plan rhumatologique, il ressort les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de façon répétitive de plus de 5 kilos, pas d'activité de force, de positions extrêmes statiques prolongées du rachis, flexion-extension, pas de mouvement de rotation droite et gauche.

Avant cet accident, M. V. \_\_\_\_\_ a toujours occupé des emplois temporaires de courte durée en tant que manoeuvre dans le secteur du bâtiment (peintre, électricien, carreleur, aide monteur en serrurerie, cuisinier, serveur).

Dès lors, votre mandant a bénéficié d'une orientation, puis d'un reclassement sous la forme d'une préparation à un travail auxiliaire sur le marché primaire de l'emploi dans le domaine de la vente. Ces différentes mesures se sont déroulées du 20 septembre 2011 au 27 janvier 2013, période durant laquelle M. V. \_\_\_\_\_ a touché des indemnités journalières. Lors de cette formation, M. V. \_\_\_\_\_ a également participé au cours « Force de Vente » chez [...], dont il a obtenu l'attestation et effectué un stage de formation pratique de conseiller en clientèle chez S. \_\_\_\_\_ SA.

Par la suite, votre mandant a bénéficié d'une aide au placement, qui n'a pas abouti.

Dans vos courriers du 4 mars 2013 et du 3 mai 2013, vous sollicitez de nouvelles mesures professionnelles dans le secteur de la vente de détail, à raison d'une capacité de travail limitée à 50 %.  
Après une instruction complémentaire par notre service de réinsertion professionnelle, ainsi que du Service Médical Régional AI, il ressort ce qui suit :

Selon les constatations de la réinsertion professionnelle, M. V. \_\_\_\_\_ peut avec sa formation viser une autre activité dans le secteur de la vente dans un domaine qui respecte les limitations fonctionnelles ; ayant les compétences de viser un poste de vendeur dans un kiosque ou une papeterie, voire une quincaillerie, par exemple. M. V. \_\_\_\_\_ peut également chercher un poste de représentant et viser un emploi dans le domaine de la vente externe (au sein d'une assurance où il pourrait se former à l'interne, pour une entreprise proposant l'installation de systèmes de sécurité ou une entreprise qui vend des matériaux ou produits légers (petit outillage, par exemple).

Pour mémoire, lors du bilan de la mesure d'orientation à l'Orif, les conclusions ont mis en évidence que votre mandant présente de fortes lacunes scolaires, notamment en français et en maths.

Dès lors, en début du processus de réadaptation, votre mandant a été dirigé vers une mesure de préparation à une activité adaptée sur le marché de l'emploi ; aucune autre mesure ne permet de réduire

son préjudice économique, au vu du principe de proportionnalité, compte tenu de ses fortes lacunes scolaires.

Après avoir soumis une nouvelle fois les pièces médicales en notre possession au Service médical régional AI, force est de constater qu'il n'y a aucun élément permettant de modifier les conclusions de l'expertise psychiatrique, de sorte que la capacité de travail reste à 70 %.

Tel est le cas dans une activité adaptée.

Les renseignements contenus au dossier concernant les revenus perçus par votre mandant avant l'atteinte à la santé ne sont pas suffisants, de sorte qu'il convient d'évaluer le revenu sans invalidité sur la base de l'ESS, cité ci-dessous. D'autre part, comme votre mandant n'a pas repris d'activité régulière suite à son atteinte, le revenu d'invalidé se base selon les données de l'ESS.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est le 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 tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 1994, CHF 4'1227.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 1994, TA1; niveau de compétence 1).

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 1994 (42 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'333.35 (CHF 4'127.00 x 42 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'000.20.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 1994 à 1995 (+ 1.30 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'676.20 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de votre mandant qu'il exerce une activité légère de substitution à 70 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 36'873.34 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de

l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut et le taux d'occupation, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 33'186.01.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 52'676.20, enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique.

**Comparaison des revenus :**

sans invalidité CHF 52'676.20

avec invalidité CHF 33'186.00

La perte de gain s'élève à CHF 19'490.20 = un degré d'invalidité de 37 %.

Ce taux d'invalidité de 37 % n'ouvre pas le droit à une rente.

Par contre, suite à l'accident de ski du 7 février 2006, M. V. \_\_\_\_\_ a présenté une incapacité de travail totale jusqu'en septembre 2006, soit six mois après l'intervention (le 10 février 2006), laquelle incapacité de travail ayant duré moins d'une année.

Dès lors, nous avons procédé à un calcul d'invalidité moyenne afin de déterminer à quelle date votre mandant a présenté un taux d'invalidité moyen à 40 % pendant une année entière (art. 28, al.1 LAI).

Ainsi, en tenant compte du degré d'invalidité de 37 %, et l'incapacité de travail totale du 7 février au 31 août 2006, l'invalidité moyenne s'élève à 40 %, ouvrant son droit au plus tôt le 24 février 2006.

Toutefois, la demande est tardive au sens de l'art. 48, al.2, LAI.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Votre mandant a droit à une rente comme suit :

- A un quart de rente (inv. 40 %) du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2006,
- A une rente entière (inv. 100 %) du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2006 (après trois mois d'amélioration — art. 88a al.1 RAI) ».

Le 16 janvier 2015, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a présenté ses objections au projet d'acceptation de rente du 10 décembre 2014, contestant en substance la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée telle que retenue par l'OAI. Se basant sur le rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2013, il a indiqué que sa capacité de travail était de 50% jusqu'au 4 décembre 2012, puis nulle à compter de cette date. L'assuré a requis la mise en place d'une expertise

pluridisciplinaire afin que son incapacité de travail soit fixée compte tenu de ses atteintes somatiques, psychiatriques et neuropsychologiques et leurs interactions.

Dans un rapport du 20 février 2015 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), trouble de la personnalité, émotionnellement labile de type borderline (F60.31), syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent, sous traitement de substitution de Méthadone (F11.22), utilisation nocive pour la santé de cocaïne, utilisation épisodique (F14.1), déficit cognitif avec trouble de l'apprentissage et trouble attentionnel modéré et de status après fracture cervicale. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a en outre mentionné ce qui suit :

« Sur le plan psychiatrique, V.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble important de la personnalité depuis le début de l'âge adulte avec au premier plan une instabilité émotionnelle, une hypersensibilité au stress, une faible tolérance à la frustration, des sentiments de vide intérieur, une impulsivité et des difficultés relationnelles importantes. Lorsqu'il est soumis à trop de stress, des conflits ou des frustrations, V.\_\_\_\_\_ peut présenter des symptômes paranoïdes avec une interprétativité pouvant aller jusqu'à des sentiments de persécution et dans ce contexte il a déjà présenté plusieurs décompensations sur un mode anxio-dépressif durant de longues périodes. Lorsqu'il présente des symptômes anxio-dépressifs, Monsieur V.\_\_\_\_\_ est particulièrement à risque de rechuter dans des consommations abusives de stupéfiants. Cette problématique addictologique présente de longue date reste toutefois secondaire aux autres troubles psychiques qu'il présente.

Depuis le mois de février 2014, suite au décès de sa mère et alors qu'il présente à nouveau un épisode dépressif ayant entraîné une rechute dans des consommations de stupéfiants, V.\_\_\_\_\_ a décidé de lui-même d'entrer pour un séjour résidentiel à la Fondation F.\_\_\_\_\_ à [...]. Il y est toujours actuellement avec le projet d'une sortie dans les mois qui viennent, afin de reprendre un appartement indépendant et de rechercher une activité professionnelle adaptée à ses limitations. Il est cependant important de souligner que V.\_\_\_\_\_, depuis les mesures de réinsertion professionnelle entreprises avec votre collaboration en 2013, n'a jamais réussi à trouver un poste de travail adapté en raison de l'instabilité psychique qu'il présente. Cependant, il faut aussi relever sa motivation et sa bonne collaboration au processus de soin et de recherche d'activité.

Dans cette situation, il ne me paraît pas correct de considérer que V.\_\_\_\_\_ conserve une capacité de travail à 70 %, alors que les troubles psychiques dont il souffre et leurs conséquences l'ont

empêché de travailler ces deux dernières années. La reconnaissance d'une invalidité au moins à 50 % lui donnerait droit à une demi-rente et lui permettrait de rechercher une activité professionnelle adaptée à un taux d'activité lui permettant d'éviter une trop grande surcharge et d'éviter au mieux de nouvelles décompensations anxio-dépressives entraînant de nouvelles incapacités de travail prolongées ».

Dans son avis médical du 12 mars 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ a considéré qu'au vu des éléments rhumatologiques non investigués et des discordances d'appréciation, il se justifiait de réaliser une expertise rhumato-psychiatrique.

S'agissant du volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire, l'assuré a été examiné le 16 mai 2015 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, dont le rapport d'expertise du 29 juin 2015 contient notamment ce qui suit :

« **Du point de vue ostéoarticulaire**, le 07.02.2006 l'assuré chute à ski le. il est rattrapé par un filet. Il aurait entendu un craquement au niveau de la nuque. Il ressent alors des douleurs au niveau de la nuque situées entre les deux omoplates avec irradiation dans l'avant-bras D associées à des paresthésies dans les trois premiers doigts. Il décrit également une diminution subjective de la sensibilité de ces trois doigts, il ne mentionne ni de diminution de la force ni de trouble sphinctérien, il n'a pas eu de perte de connaissance ou d'amnésie circonstancielle, il n'y a pas de céphalées ou de nausées.

Du 07.02.2006 au 15.02.2006, l'assuré séjourne dans le service de neurochirurgie du Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_. Le CT-Scan du 07.02.2006 ne met pas en évidence de lésion ostéo-parenchymateuse post-traumatique (4 ?) au niveau crânio-cérébral. On note cependant une fracture de la lame de C6 en prolongeant la face intérieure D de C6, la facette supérieure D de C7 et la masse latérale D de C7 avec subluxation rotatoire de C6 sur C7 et antélysthésis de grade I avec asymétrie entre l'odontoïde et la masse latérale de C1. L'IRM cervicale du 08.02.2006 met en évidence un hyper-signal en pondération D2 au niveau du ligament longitudinal postérieur C6 et C7 avec également hyper-signal au niveau du système ligamentaire postérieur. Il n'y a pas d'hyper-signal inter-discal. On pose alors le diagnostic de radiculopathie déficitaire C7 D sur fracture instable de la colonne cervicale.

Le 10.02.2006, l'assuré subit une disectomie C6-C7 avec mise en place d'une cage et d'une plaque par abord antérieure ainsi qu'une fixation postérieure de C6 à D1. Les suites opératoires sont favorables avec disparition des douleurs mais persistance de paresthésies uniquement au niveau de l'index D avec également récupération complète de la force de son triceps. Les radiographies de contrôle étant bonnes, il peut rentrer à domicile.

Le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie décrit dans son rapport médical que le bilan radiographique du 03.04.2006 confirme un emplacement adéquat du matériel d'ostéosynthèse. Il propose la poursuite d'un traitement de physiothérapie.

Le 26.02.2007, le Dr [...] décrit dans son rapport médical qu'il n'y a pas de déficit moteur ni de la sensibilité, il présente toujours des douleurs au niveau de la nuque qui ont tendance à augmenter dans le cadre de son activité professionnelle. Il se pose la question d'un reclassement professionnel.

Le 08.09.2009, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie à [...], décrit dans son rapport médical la persistance des cervicalgies à prédominance D sans irradiation au niveau des MS, il n'y a ni fourmillement ni trouble subjectif de la force ou de la sensibilité. Il n'y pas de trouble de la marche, il n'y a pas d'altération des fonctions sphinctériennes, les manoeuvres des Valsalva sont négatives. Les mesures de physiothérapie sont efficaces à l'égard des symptômes douloureux. Il recourt à une médication de Brufen, Dormicum et Méthadone.

Le 10.01.2011, le Dr [...], spécialiste en radiologie décrit sur la radiographie de la colonne cervicale un examen comparatif superposable, un status post-spondylodèse postérieur C6 à D1 avec plaque antérieure C6 à C7 et une prothèse inter-somatique C6-C7.

Le 12.01.2011, le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie au Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_ à [...], décrit dans son rapport médical une évaluation postopératoire favorable sans déficit objectif sensitivomoteur des membres, l'assuré signale toujours une limitation du port de charge et souhaite un remplacement professionnel, ce qu'il encourage. Il n'y a pas de proposition neurochirurgicale. La radiographie de la colonne cervicale du 10.01.2011 met en évidence un matériel d'ostéosynthèse en place avec conservation des courbures cervicales antérieures et postérieures.

Le 30.11.2011, l'assuré consulte les urgences du Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_ en raison de l'exacerbation de douleurs nucales qui sont apparues sans facteur traumatique déclenchant mais qui apparaissent lors des positions assises avec la nuque en flexion surtout devant l'ordinateur. Il bénéficie d'un traitement conservateur par antalgique et AINS. Ils préconisent une consultation rachis.

Le-21.12.2011, le Dr [...], spécialiste en rééducation, décrit dans son rapport médical un status post-spondylodèse avec déconditionnement physique globale et focal. Les douleurs de la nuque et des épaules sont attribuées uniquement à des phénomènes de surmenage local par des tensions musculo-ligamentaires entretenues aussi bien selon un mode postural statique et dynamique que par la concentration et donc des contraintes psychologiques. Il préconise une approche physiothérapeutique de rééducation globale avec ré-harmonisation de l'ensemble de l'axe inter-cervico-scapulaire et dorsal.

Depuis mars 2015, l'assuré signale une recrudescence de gonalgies D et ce, sans facteur traumatique déclenchant.

Le 29.04.2015, une radiographie est effectuée au Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_. Celle-ci montre une intégrité interarticulaire tibio-fémorale conservée. Il n'y a pas de calcification, il n'y a pas de troubles dégénératifs. Il bénéficie d'un traitement conservateur avec physiothérapie. L'évolution est caractérisée par la persistance de gonalgies. Un prochain contrôle auprès du Dr [...], spécialiste en orthopédie à [...] est prévu d'ici juillet 2015.

Le 25.05.2015, le physiothérapeute [...] à [...], physiothérapeute de la F.\_\_\_\_\_, décrit dans son rapport médical que l'assuré se plaint de migraines et de cervicalgies, l'ostéosynthèse limite les mouvements entre C5 et D2, ce qui favorise une surcharge sous-occipitale et des lèrès cervicales avec des pincements aux vertèbres. Cette situation provoque probablement une diminution du débit sanguin postérieure. Le traitement passif consiste à détendre la nuque au moyen de massages avec une traction dans l'axe, sans rotation associée à un travail actif par des techniques de relaxation.

**Du point de vue strictement neurologique**, il y a essentiellement un syndrome cervico-vertébral relativement marqué mais il n'y a aucune évidence pour une souffrance radiculaire de caractère irritative ou déficitaire. Il n'y a pas de signe de souffrance médullaire. Les limitations fonctionnelles, du point de vue clinique, sont essentiellement liées à ces syndromes cervicobrachiaux avec impossibilité à soulever des charges et de les porter si elles dépassent 5kg. Il présente probablement des troubles neuropsychologiques avec troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration liés en partie à la toxicomanie et éventuellement au traumatisme de février 2006. Un bilan neuropsychologique pourrait être proposé voire une expertise psychiatrique.

Le 01.02.2011, Mme [...], spécialiste en neuropsychologie, décrit des troubles amnésiques et attentionnels modérés et troubles exécutifs discrets constitu[a]nt un diagnostic au sens de l'ischie D10 sous déficit cognitif persistant lié à l'utilisation de substance[s] psychotiques actives multiples.

[...]

#### **4. DIAGNOSTICS**

*4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :*

- Ø Cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire**
  - **status post-spondylodèse C6-D1 et disectomie pour fracture subluxation de C6-C7 post-traumatique en 2006.**

*4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :*

- Ø Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent modéré**
  - **diminution du seuil de tolérance à la douleur**
- Ø Gonalgies bilatérales sans signes méniscaux**
- Ø Omalgies D sans signe de conflit ou de tendinopathie**

- Ø **Anciennes polytoxicomanies actuellement anamnestiquement stable sous Méthadone (dernière récurrence en décembre 2013)**
- Ø **Syndrome d'apnée du sommeil sous CPAP depuis 2014**
- Ø **Hépatite C chronique traitée par Interféron en 1990 et par Harvoni depuis le 22.06.2015**
- Ø **Status post-ostéosynthèse de la cheville pour fracture en 1994**
- Ø **Status post-cholécystectomie en 2012**
- Ø **Status post-excision d'un naevus de la cuisse G en 1978**
- Ø **Status post-cure de tunnel carpien D et G en 2000**
- Ø **Status post-cure hernie hiatale en 2007**
- Ø **Status post-suture et greffe digitale des 2èmes et 4èmes rayons D en 2002 post-traumatique.**

[...]

## **REPONSES AUX QUESTIONS**

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

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

L'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les mouvements de la nuque en flexion-extension répétitif, les positions immobiles devant un écran et les mouvements au-dessus de l'horizontal répétitifs.

#### ***Du point de vue quantitatif :***

Dans son activité antérieure de manœuvre dans différents corps de métiers dans le chantier, sa capacité de travail est nulle. Dans son ancienne activité de vendeur de carrelage, estimant qu'il devait être en position immobile devant un écran, de manière prolongée, sa capacité de travail est estimée à 70%. Dans une activité adaptée, à 100%.

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

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

Depuis décembre 2013, suite à une rechute de la toxicomanie ayant motivé la prise de Méthadone et l'hospitalisation à la Fondation F. \_\_\_\_\_, il n'a pas repris d'activité professionnelle, celle-ci étant en lien avec le problème toxicologique. Il a été licencié dans ce contexte. Il n'y a pas eu de péjoration du socle somatique depuis les anciens bilans de 2011.

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

Cf. point 2.1.

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

Oui. Comme vendeur de carrelage, à 70 voire 80%.

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

Oui, de 10% en raison de la longue inactivité professionnelle.

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

Depuis décembre 2013, on assiste à une recrudescence de la douleur et de la symptomatologie douloureuse cependant sans pouvoir l'expliquer par une péjoration du status radiologique et le status post-fracture.

A noter cependant que de 2009 à 2013 il a pu travailler dans un 1<sup>er</sup> temps comme aide-électricien et depuis 2009 comme vendeur de carrelage. Le status postopératoire ne lui a pas permis d'avoir une activité professionnelle.

L'arrêt de cette activité est imputable à la rechute dans le cadre d'une toxicomanie.

### **2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?** Elle est restée nulle depuis début 2014 au vu des ATCD toxicologiques.

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

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

L'assuré a déjà bénéficié d'une réadaptation professionnelle.

Les facteurs de bon pronostic sont la maîtrise du français, son intelligence, l'intérêt à reprendre une activité professionnelle dans la vente et son âge.

Les facteurs de mauvais pronostic sont la diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs insertionnelles multiples.

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

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

Oui, en lui évitant d'avoir des positions immobiles devant un écran de manière prolongée de plus de 1-2 heures et d'éviter les mouvements au-dessus de l'horizontal du MS D de manière répétitive.

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

Théoriquement bonne.

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

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

Cf. 2.1

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

Du point de vue purement rhumatologique, à 100% (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère).

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

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

Le volet psychiatrique de l'expertise a été réalisé le 29 août 2015 par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport, réceptionné par l'OAI le 8 septembre 2015, contient notamment ceci :

#### **« III. Anamnèse psychiatrique :**

A l'âge de 15 ans, alors à l'école privée [...] à [...], il commence à fumer du cannabis, ceci en lien avec ses fréquentations et moments de loisir.

A l'âge de 18 ans, alors en apprentissage en tant que dessinateur, il découvre la consommation de cocaïne chez son patron. De peur qu'il soit dénoncé, le patron lui offre des substances et d'autres avantages. L'assuré entre dans une phase de consommation de cocaïne, d'alcool et de fréquentation du milieu dans des boîtes de nuit. Passagèrement, il consomme de l'[ecstasy], champignons hallucinogènes et LSD.

A l'âge de 21 ans (1990), envoyé temporairement par son père à Milan, il commence à consommer de l'héroïne et en devient dépendant après 7 à 8 mois. Il consomme par voie intraveineuse. Se rajoute également une consommation de Rohypnol.

En 1991, on lui diagnostique une hépatite C qui sera traitée plus tard par Interféron.

A 23 ans (1992), M. V.\_\_\_\_\_ effectue un premier sevrage d'héroïne à l'hôpital de [...]. Il rechute et il y aura un deuxième sevrage. Après une nouvelle rechute, il sera dans un centre de désintoxication à Rome ( [...]). L'assuré y séjourne pendant un an.

A son retour en 1992, il débute une cure de Méthadone gérée par le Dr [...].

Il s'ensuit une période mixte avec consommation d'héroïne, de cocaïne et d'[ecstasy] en parallèle à la cure de méthadone. Cette cure s'arrête en 1995, au moment où l'assuré rejoint ses parents partis vivre à [...]. Il reste abstinent pendant trois ans.

Dès sa rentrée en Suisse en 1998, il rechute à l'héroïne. Il fait une postcure à la *Fondation [...]* pendant dix-huit mois. A sa sortie de cette institution, fin 1999, il reste abstinent.

En 2000, il y a une rechute à l'héroïne, suivie d'un sevrage à l'hôpital de [...], ensuite une postcure au [...] à [...].

Entre 2002 et 2004, il y a une reprise de consommation de cocaïne, associée à des escroqueries dans certains magasins. Il est appréhendé et mis en préventive à la *prison de [...]*. Une cure de méthadone est réintroduite. Elle est suivie d'une postcure à la F. \_\_\_\_\_ à [...].

Le 7 février 2006, dans le cadre d'une sortie avec la F. \_\_\_\_\_, l'expertisé est victime d'un accident de ski. En descendant d'une piste à grande vitesse, il aperçoit un enfant et peut l'éviter seulement en se jetant à terre, étant ensuite réceptionné par une barrière de sécurité. Son bras droit en endormi, il a des douleurs au cœur et il est en hypothermie. La Rega arrive après une heure et il sera hospitalisé et en coma pendant 8 jours. Dès lors il y a la notion de séquelles physiques (cf. dossier médical).

En juillet 2008, il y a une hospitalisation pour sevrage à la [...] à [...]. Dès sa sortie il est suivi au *Centre [...]* pour dépendance à l'héroïne et sous traitement de méthadone.

Après la mort de sa mère en 2013, il y a une rechute dans la consommation de cocaïne, ce qui conduit à un séjour prolongé à la F. \_\_\_\_\_ à [...], jusqu'à ce jour.

[...]

### **VIII. Discussion :**

[...]

Les faiblesses de structuration, les carences relatives par rapport à ses parents ne peuvent à notre avis pas être mobilisées pour construire une maladie psychique préalablement. De ce fait, toutes les toxicomanies sont à notre avis à considérer comme primaires. Même si l'expert précédent, la Dresse W. \_\_\_\_\_, n'a pas explicitement formulé les choses de cette manière, elle est arrivée aux mêmes conclusions et a considéré les toxicomanies comme sans influence sur la capacité de travail, à savoir primaires. Le fait que l'on retienne éventuellement les prémices d'un trouble de personnalité ne change rien à ce constat. Même s'il y a déjà eu éventuellement les dites carences et manque de structuration, ils étaient très clairement mineurs et n'ont pas empêché aussi le développement pour des capacités d'apprentissage et professionnelles.

L'assuré a fait un apprentissage presque complet, mais sans obtenir de CFC pour raison de toxicomanie. Son parcours montre par la suite un assez grand éventail d'activités, surtout en tant que technico-commercial dans différentes entreprises. Il y a un décalage entre son Curriculum Vitae personnel, destiné à se présenter à d'éventuels employeurs, et les comptes AVS. Néanmoins, une partie des activités énoncées sont bien confirmées, l'assuré était toujours actif dans différents domaines et mobilisable pour des missions temporaires. Il est vrai qu'il y a beaucoup d'interférences entre les performances professionnelles et différentes phases de sa toxicomanie et les tentatives de la maîtriser avec sevrages, postcures et cures de méthadone. On peut de ce fait juste à ce stade constater que ni la consommation de substances, ni les

éléments d'instabilité de personnalité n'ont empêché le développement de capacités normales et d'un fonctionnement normal. Notre appréciation est donc en fort décalage avec le dernier rapport du psychiatre traitant, qui parlait d'un grave trouble précoce et d'une toxicomanie secondaire.

Il n'y a donc plus lieu de revenir sur la période antérieure à 2006. A ce moment-là intervient un nouvel élément important, l'accident de ski avec blessures et séquelles qui se sont avérées moins dramatiques que dans certains écrits de V.\_\_\_\_\_. Il est suite à cela devenu bénéficiaire d'une nouvelle formation et il a été assez longtemps observé par plusieurs intervenants, institutions et professionnels. L'écho de toutes ces évaluations était particulièrement positif, le protocole de la formation (que nous avons résumé en partie) montre à tous points de vue un homme motivé, capable, avec des capacités intellectuelles et pratiques d'un très bon, voire haut niveau, des notes plutôt excellentes. Tout ceci et la réussite finale confirment d'une part notre appréciation, mais infirment aussi la notion de troubles cognitifs ou autres durables.

Après la formation réussie de vendeur, l'assuré a vécu deux déceptions majeures. D'une part, sa postulation chez S.\_\_\_\_\_ n'a pas été retenue, et ses différentes postulations dans des entreprises sensibles à l'engager sont restées frustratives. D'autre part il a été appelé en 2012 au chevet de sa mère qui était atteinte de deux maladies cancéreuses. Il a ainsi passé une bonne partie de l'année qui a suivi auprès d'elle, affectivement proche, indirectement engagé comme une sorte d'aide-soignant. C'est suite à la mort de sa mère qu'il a été ébranlé, probablement dans un état dépressif de moyenne intensité et dans un travail de deuil. C'est dans cette partie aussi qu'il a été suivi un peu plus sur le plan psychiatrique et est devenu bénéficiaire d'un antidépresseur.

Une des conséquences personnelles était une rechute dans la consommation de cocaïne. Associé à la déstabilisation psycho-émotionnelle mentionnée, l'assuré a dès lors cherché un sevrage et un séjour postcure au *Centre F.*\_\_\_\_\_ qu'il connaissait déjà bien d'avant. Il y est jusqu'à ce jour et sa sortie est prévue pour l'automne 2015.

Nous avons, au mois d'août 2015, vu et décrit un homme avec une bonne présentation physique et générale, même assez sportif, sans aucun ralentissement (cf. aussi vérification avec échelle de ralentissement), ouvert, dynamique, décontracté et s'exprimant avec une certaine intensité. Il était passablement prolix et centré sur lui-même. La fluidité idéique était légèrement augmentée. Il n'y avait pas de troubles cognitifs à constater. Sur le plan affectif, il était strictement euthymique, voire en bonne partie aussi souriant, sensible à l'humour d'autrui, dans une bonne énergie vitale et un certain nombre d'ouvertures pour les choses de la vie et plaisirs. Dans sa personnalité, il y avait effectivement des éléments d'une personnalité instable, labile, à la limite borderline, mais aussi un registre narcissique. L'impulsivité était passablement présente, également et déjà mentionné des tendances à la rationalisation. Dans l'ensemble, la situation clinique était pour nous nettement améliorée par rapport aux descriptions antérieures. Il y a d'abord une distance nette par rapport à la phase où il était décrit dépressif,

mais aussi amélioré par rapport à la situation clinique de 2011, au moment de la première expertise. A l'époque, on avait constaté un trouble cognitif léger/modéré, ceci en lien avec la consommation de substances. Il est bien possible qu'avec l'abstinence prolongée, la dite amélioration a eu lieu, ce qui confirme indirectement le lien entre toxicomanies et troubles cognitifs.

La situation affective s'est également améliorée. L'assuré a pris distance de la séparation d'avec la mère de sa fille, il s'est montré assez en colère contre ses adultères, notamment avec l'avocat de V.\_\_\_\_\_. Les visites de sa fille semblent être momentanément coupées, mais nous n'avons pas très bien compris à quoi cela tenait. V.\_\_\_\_\_ se décrit en tant que victime de manipulations de son ex-compagne.

Autrement, il est depuis un certain temps dans une nouvelle relation sentimentale qu'il a décrite d'une manière très positive et qui visiblement donne un certain étayage et réconfort émotionnel. En somme, à tous points de vue, la situation clinique était donc légèrement améliorée. Il est clair que cette appréciation se fait au moment où il est toujours encadré par l'institution. Néanmoins, il a pu décrire avec une grande lucidité les enjeux, ses besoins, ses objectifs et ses critiques par rapport à l'institution, ses dysfonctionnements selon lui. Là où il était moins lucide, c'était la fixation immuable pour son atteinte somatique. Il avait la notion ferme, claire, fixée et réitérée d'être si gravement malade que même une activité légère type ordinateurs, vendeur ou autres ne serait pas possible. Lorsque nous avons, même prudemment, très prudemment essayé de mettre ces notions en question, l'assuré s'est montré très défensif et intimement convaincu de son invalidité subjective.

Il est intéressant de noter que l'auto-appréciation de sa propre situation psychique était proche de la nôtre, à savoir une nette rémission des problèmes thymiques/dépressifs. Par ailleurs, l'antidépresseur a été arrêté depuis longtemps (il nous a indiqué la prise pendant une année en tout) et il n'a évoqué aucun autre problème psychique majeur. On est donc dans les faits au seuil d'un retour à la réalité avec un état psychique amélioré, une toxicomanie maîtrisée et un potentiel théorique normal d'assumer une activité d'un point de vue psychique.

#### **IX. Diagnostic et conclusions :**

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement :

- 1. Troubles mixtes de la personnalité avec éléments d'une personnalité émotionnellement labile et narcissique, d'impact clinique mineur (F61.0),**
- 2. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, actuellement abstinent dans un environnement protégé (F11.21), vivant actuellement un régime de substitution (F11.22),**
- 3. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinent (F14.20),**
- 4. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).**

L'état dépressif étant entièrement en rémission, nous ne l'avons pas repris pour les diagnostics de l'état actuel.

Il en est de même pour les troubles cognitifs qui ont été évoqués à un moment donné, en lien avec la consommation de substances, mais qui sont maintenant clairement améliorés et cliniquement pas significatifs.

La plainte douloureuse était peu élargie et présente, de ce fait nous n'avons pas retenu un trouble somatoforme douloureux. Par contre le tableau était tellement intensifié au niveau subjectif que nous avons posé le diagnostic de majoration.

En tenant compte du trouble de personnalité de longue durée, effectivement à plusieurs reprises aussi confirmé par d'autres confrères, nous retenons globalement une incapacité de travail de 20%.

En ce qui concerne le passé, nous proposons de retenir pour cause de l'état dépressif évoqué par ses médecins une incapacité de travail d'une année, à compter à partir du premier certificat médical psychiatrique établi.

Il existe un très grand décalage entre l'auto-appréciation et l'hétéro-appréciation. On pourrait aussi dire que la discrédance s'est encore élargie. L'assuré est dans une conviction immuable d'être inapte pour tout, même des activités légères. De ce fait, des mesures de placement, aide, etc. ne font pas sens. On est dans un stade où, sur la base des constats objectifs, il est amené à prendre sa vie en mains par lui-même.

Vu que nos réflexions et la pondération quant à cette situation se sont faites seulement après la prise de connaissance de tous les volets d'information, l'expert n'a donné aucune information à l'assuré concernant les diagnostics, les suites du dossier, les propositions thérapeutiques, le degré de l'incapacité de travail et le pronostic.

## **X. Réponses aux questions :**

### **A. Questions cliniques**

#### **1. Anamnèse**

Anamnèse professionnelle et sociale

Evolution de la maladie et résultats des thérapies

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Réponse : Veuillez-vous référer aux **chapitres I, II et IV** de l'expertise où vous trouverez toutes les informations nécessaires et explicites.

#### **2. Plaintes et données subjectives de l'assuré**

Réponse : Veuillez-vous référer au **chapitre III** de l'expertise où vous trouverez toutes les informations nécessaires et explicites.

#### **3. Status clinique**

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)

Résultats des tests avec la méthode utilisée

Réponse : Veuillez-vous référer au **chapitre V** de l'expertise où vous trouverez toutes les informations nécessaires et explicites.

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

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

Depuis quand sont-ils présents ?

Réponse :

Troubles mixtes de la personnalité avec éléments d'une personnalité émotionnellement labile et narcissique, d'impact clinique mineur (F61.0).

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

Depuis quand sont-ils présents ?

Réponse :

1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, actuellement abstinent dans un environnement protégé (F11.21), vivant actuellement un régime de substitution (F11.22),
2. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinent (F14.20),
3. Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

Réponse : Veuillez-vous référer aux deux derniers chapitres **VII** et **VIII** de l'expertise (discussion, diagnostic et conclusions) où vous trouverez toutes les réponses explicites.

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

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

Au plan physique

Réponse : Veuillez-vous référer aux données somatiques

##### **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 nouvelle activité ?**

Réponse : Oui, l'assuré peut assumer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles tant que le cadre est structuré.

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

Réponse : 80%.

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

Réponse : Non.

###### **3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?**

Réponse : Depuis 2011 (première expertise).

**3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Réponse : Question caduque

**Remarques et/ou autres questions :**

Réponse : Néant

**XI. Réponses aux questions de NOUVJUR :**

**1. Quelles sont les conséquences sur la santé de l'exposition passée à la consommation de stupéfiants ?**

Réponse : Les conséquences d'une consommation de stupéfiants peuvent être extrêmement variées, multiples et variables d'intensité. Dans ce cas, une atteinte cognitive légère a été diagnostiquée en 2011. Elle était heureusement dégressive avec l'abstinence et maintenant il n'y a plus de traces significatives.

**2. Quels sont les diagnostics en relation avec cette consommation ?**

Réponse :

1. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, actuellement abstinent dans un environnement protégé (F11.21), vivant actuellement un régime de substitution (F11.22),
2. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinent (F14.20),

**3. Quelles sont les atteintes secondaires à cette consommation ?**

Réponse : Actuellement il n'y a plus d'atteintes secondaires.

**4. Compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé, y compris celles en lien avec la consommation de stupéfiant, existe-t-il une capacité résiduelle de travail ?**

Réponse : Oui.

**5. Dans l'affirmative, dans quelles activités ? A quel taux d'activité ? avec quelle perte de rendement ?**

Réponse : L'assuré peut assumer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles tant que le cadre est structuré.  
Sa capacité de travail est 80% sans diminution de rendement ».

Le SMR a pris position sur l'expertise précitée dans un avis du 22 septembre 2015. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a ainsi relevé que, sur le plan somatique, l'expertise mettait en évidence une discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle et les examens cliniques et paracliniques, ce qui justifiait de retenir une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, voire même une capacité de travail totale sans diminution de rendement dans certaines activités du point de vue purement rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a conclu que l'expertise permettait de

démontrer qu'à tous les points de vue, la situation clinique révélait un état psychique amélioré, avec une toxicomanie maîtrisée, précisant que l'état dépressif ainsi que les troubles cognitifs étaient entièrement en rémission ; il a encore précisé qu'aucun trouble somatoforme n'était objectivé. Le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert s'agissant d'une incapacité de travail de 20% au plan psychique depuis 2011, relevant le grand décalage entre l'auto-appréciation et la réalité clinique. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a par conséquent conclu à une capacité de travail d'au moins 70% dans une activité adaptée.

Par décision du 17 février 2016 adressée au conseil de l'intéressé, l'OAI a confirmé son projet du 10 décembre 2014 et accordé à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2006, puis une rente entière du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2016.

**B.** Par acte du 7 avril 2016, V. \_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision du 17 février 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2006. Il requiert en outre d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant reprend les arguments exposés à l'appui de ses objections et conteste avoir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, faisant valoir que son incapacité de travail est totale compte tenu de ses atteintes neuropsychologiques et psychiatriques. Il soutient en substance que l'expertise du 14 février 2011 n'est pas probante eu égard aux contradictions qu'elle comporte et au fait que les lésions neuropsychologiques ont été minimisées, à l'instar de ses atteintes psychiques. Se référant aux rapports de son médecin traitant, le recourant soutient également que sa capacité de travail était de 50% jusqu'au 4 décembre 2012, puis nulle à compter de cette date.

Par décision du 6 septembre 2016, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 avril 2016, dans la mesure de l'exonération des avances et des

frais judiciaires et dans l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Dans sa réponse du 6 octobre 2016, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il renvoie pour l'essentiel à l'analyse de la situation effectuée par le SMR le 22 septembre 2015 consécutivement à l'expertise bidisciplinaire réalisée en été 2015.

Par réplique du 25 septembre 2017, le recourant confirme ses conclusions tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, tout en alléguant une aggravation de son état de santé depuis février 2017. Sont joints à ses observations :

- un rapport du 4 septembre 2017 du Dr T. \_\_\_\_\_ dont on extrait ce qui suit :

« Malheureusement, son état de santé physique et psychique s'est péjoré depuis le mois de février 2017, suite à l'annonce d'une séroconversion HIV. Cette mauvaise nouvelle a rapidement fait réapparaître chez Monsieur V. \_\_\_\_\_ une symptomatologie anxio-dépressive d'intensité sévère, suivie d'une rechute dans des consommations de stupéfiants. Monsieur V. \_\_\_\_\_ a tout de même pu débiter un traitement de cette infection mais qui lui a causé pendant plusieurs mois d'importants effets secondaires justifiant en plus de la péjoration de sa santé psychique, une incapacité totale de travail depuis février 2017 à ce jour.

On peut espérer que cette incapacité totale de travail ne soit pas définitive et que l'état de santé psychique et physique de Monsieur V. \_\_\_\_\_ s'améliore lentement à mesure qu'il accepte mieux sa maladie et que son traitement lui cause moins d'effets secondaires.

La capacité résiduelle de travail est actuellement impossible à évaluer, compte tenu des symptômes présents. De plus, en raison de ses troubles psychiques et de sa problématique addictologique présente depuis de nombreuses années, Monsieur V. \_\_\_\_\_ n'a jamais été en mesure de se réinsérer sur le plan professionnel ni d'occuper une place de travail de façon stable sur une courte période. Dans la situation de Monsieur V. \_\_\_\_\_, le pronostic quant à une reprise d'activité professionnelle dans le circuit économique primaire paraît mauvais et ne pourra être envisagé qu'après une longue période de stabilité tant psychique que dans sa santé physique. Si une reprise d'activité devient possible dans l'avenir, elle ne pourra qu'être adaptée aux limitations physiques et tenant compte de la fragilité psychique de Monsieur V. \_\_\_\_\_ sans excéder un taux d'activité de 50% au plus [...] » ;

- un rapport du 8 septembre 2017 des Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ du Service des maladies infectieuses du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_, posant les diagnostics d'infection VIH type 1, stade CDC A2 diagnostiqué le 24 janvier 2017 et d'hépatite C chronique génotype 1A réinfectée dans un contexte de consommation de cocaïne intraveineuse en juin 2016, précisant qu'actuellement les atteintes à la santé de l'assuré sont surtout liées à ses troubles de la personnalité associés à sa dépendance aux substances. Ces praticiens indiquent que sur le plan infectiologique, il n'y a pas d'indication pour une incapacité de travail totale ou partielle, une évaluation pour une éventuelle incapacité de travail devrait être auprès de son psychiatre traitant. Ils précisent également que le pronostic lié à l'infection HIV dépendra de l'adhésion au traitement.

Dupliquant le 13 octobre 2017, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il soutient que l'aggravation de l'état de santé étant survenue un an après le prononcé de la décision litigieuse, elle ne peut pas avoir d'influence sur celle-ci.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et satisfait pour le surplus aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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

**b)** Le présent litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité non limitée dans le temps, dès le 1<sup>er</sup> mars 2006, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

**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 se

définit 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

**b)** Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée - comme c'est le cas en l'espèce - correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, 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. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 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, 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 les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**5.** En l'espèce, il est admis que le recourant ne peut plus exercer son activité de manœuvre de chantier. Se pose en revanche la question de la capacité de travail de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**a)** Sur le plan psychique, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise du 14 février 2011 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, comprenant un examen neuropsychologique du 1<sup>er</sup> février 2011 de X.\_\_\_\_\_, pour retenir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Le recourant conteste ce procédé et soutient que l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_ doit être suivi afin de lui reconnaître une incapacité de travail totale.

**aa)** Le rapport d'expertise de la Dresse W.\_\_\_\_\_ repose sur un examen personnel du recourant, ainsi que des pièces médicales recueillies par l'OAI. Il récapitule l'anamnèse du recourant et expose en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressé. Les diagnostics

sont clairement posés et les atteintes sont largement discutées par l'experte, laquelle met particulièrement en évidence les raisons pour lesquelles seul le diagnostic de troubles de la personnalité émotionnellement labile est considéré comme incapacitant. Il apparaît ainsi que le rapport d'expertise du 14 février 2011 se fonde sur un examen clinique complet et détaillé du recourant sur le plan psychiatrique tout en prenant en compte ses plaintes. Il contient en outre des conclusions motivées qui donne une appréciation claire et cohérente de sa situation médicale sur le plan psychiatrique, de sorte que le caractère probant de ce rapport doit être admis.

On ne voit en particulier pas que le rapport d'expertise psychiatrique du 14 février 2011 contiendrait des incohérences qui seraient de nature à lui dénier toute valeur probante. En particulier, les pronostics défavorables pour la reprise d'une activité professionnelle et une réinsertion dont se prévaut le recourant pour justifier une prétendue incohérence avec une capacité de travail de 70% ont été posés sur la base de la motivation d'alors du recourant et ne contredisent pas une exigibilité médicalement attestée sur la base d'un examen approfondi.

Dans ce contexte et ainsi que le relève justement le Dr M.\_\_\_\_\_, ni les rapports postérieurs du Dr T.\_\_\_\_\_, ni celui du Dr J.\_\_\_\_\_ ne contiennent d'éléments suffisamment probants pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, ces praticiens n'exposent pas de manière détaillée et circonstanciée les raisons pour lesquelles ils retiennent un trouble dépressif récurrent.

**bb)** En tout état de cause, il sied de constater que les conclusions de la Dresse W.\_\_\_\_\_ ont été reprises et partagées dans le second rapport d'expertise psychiatrique de 2015, contre lequel le recourant n'a soulevé aucune objection. Or dans ce rapport, auquel une pleine valeur probante doit également être reconnue en fonction des critères rappelés *supra*, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu comme seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail du recourant celui de troubles mixtes de la personnalité avec éléments d'une personnalité

émotionnellement labile et narcissique, d'impact clinique mineur. Ce praticien a revanche écarté le trouble dépressif récurrent - pourtant allégué par le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 février 2015 -, précisant que cette atteinte était en entière rémission, à l'instar des troubles cognitifs en lien avec la consommation de substance. À cet égard, le Dr K.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une amélioration notable des lésions neuropsychologiques et des troubles de la mémoire. Le recourant ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il soutient que sa mémoire de travail, qu'il qualifie de sévèrement déficitaire, aurait une répercussion importante sur sa capacité de travail.

Ainsi, il sied de constater que tant la Dresse W.\_\_\_\_\_ que le Dr K.\_\_\_\_\_ concluent à une capacité de travail de 80% sur le plan psychique, dont il n'y a pas lieu de s'écarter.

**b)** Sur le plan somatique, il n'existe pas non plus d'éléments qui tendraient à remettre en cause les conclusions de l'OAI s'agissant de la capacité de travail du recourant.

En effet, dans son rapport d'expertise rhumatologique du 29 juin 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics incapacitants des cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et un status post-spondylodèse C6-D1 et une disectomie pour fracture subluxation de C6-C7 post-traumatique en 2006. Ce praticien a également indiqué que le recourant présentait des limitations fonctionnelles comportant les mouvements de la nuque en flexion-extension répétitif, les positions immobiles devant un écran et les mouvements au-dessus de l'horizontale répétitifs. Aux termes d'un examen détaillé, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu que l'intéressé pouvait exercer son ancienne activité de vendeur de carrelage à environ 70%, mais qu'une activité adaptée - dans le domaine de l'accueil, de la sécurité notamment - pouvait être exercée à 100% d'un point de vue purement rhumatologique. S'il ressort des différents rapports que le recourant ne se sent pas capable de travailler, ces allégations ne sont pas corroborées sur le plan médical, le Dr K.\_\_\_\_\_ ayant au

contraire mis en évidence une tendance chez le recourant à la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Les autres atteintes physiques que l'instruction a mises en évidence ne permettent pas d'arriver à une autre conclusion. En effet, ni le syndrome d'apnée du sommeil (cf. rapport du 17 juillet 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_), ni l'hépatite C chronique n'ont d'incidence sur la capacité de travail.

**c)** On rappellera que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/17 du 20 avril 2017 consid. 5.2 et les références citées).

Ainsi, il sied de constater, à l'instar de l'OAI, que les nouvelles pièces produites par le recourant à l'appui de sa réplique mentionnent une aggravation de l'état de santé du recourant survenue en 2017. Plus particulièrement, le diagnostic d'infection VIH de type 1 a été posé le 24 janvier 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'il ne saurait être pris en considération. Le recourant pourra quoi qu'il en soit déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé et se prévaloir dans ce cadre de ces documents.

Cela étant, on constatera que contrairement à ce que soutient l'intéressé, les Drs D. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier R. \_\_\_\_\_ ne prétendent pas que l'infection VIH aurait décompensé son état psychique. Ces praticiens relèvent au contraire que sur le plan

infectiologique, il n'y a pas d'incapacité de travail et renvoient pour le surplus à une évaluation psychiatrique. A cet égard, on relèvera que le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, concède lui-même que l'incapacité de travail n'est pas définitive.

**d)** Au vu de tout ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a retenu une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

**6.** Sous l'angle économique, le recourant ne critique pas les revenus avec et sans invalidité tels que retenus par l'OAI. Ces revenus ont été calculés sur la base des ESS, ce qui n'est pas critiquable au vu des comptes individuels du recourant (cf. communication interne du 4 juin 2013 et avis juriste du 2 mai 2014). Vérifiés d'office, les calculs effectués par l'office intimé ne prêtent pas flanc à la critique et doivent ainsi être confirmés.

Le recourant ne peut dès lors prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité postérieurement au 30 novembre 2006, soit trois mois après l'amélioration constatée en août 2006 correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail à 70 % dans une activité adaptée. En conclusion, il n'y a pas lieu de s'écarter du résultat retenu par l'intimé dans le cadre de la comparaison des revenus ; la révision de la rente, et de ce fait sa suppression, s'avèrent en définitive justifiées.

**7. a)** Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance

judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

La liste d'opérations produite par Me Duc le 13 avril 2018, totalisant 11h50 de travail pour un montant de 2'311 fr. 85, TVA et débours compris. Cette liste a été contrôlée au regard de la présente procédure et doit être réduite pour les raisons qui suivent. Me Duc a été mandaté de longue date, soit avant la présente procédure, de sorte qu'il connaissait très bien le dossier. Ses écritures à la Cour de céans et ses autres activités en procédure sont restées par ailleurs très limitées. De plus, Me Duc a compté 1h45 d'activité pour sept demandes de prolongations, dont trois demandes concernaient la requête d'assistance judiciaire. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'arrêter le montant de l'indemnité d'office de Me Duc à 2'000 fr., TV et débours compris.

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 17 février 2016 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de V.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs), TVA et débours compris.
  
- V.** V.\_\_\_\_\_, bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité au conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
  
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :