

## VD\_FINDINFO AI 200/09 - 47/2011 vom 12. November 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_200\\_09\\_-\\_47\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_200_09_-_47_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 200/09 - 47/2011 du 12 novembre 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 200/09 - 47/2011 del 12 novembre 2010

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.11.2010 AI 200/09 - 47/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 200/09 - 47/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2010

Présidence de M. Abrecht Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs Greffier : Mme Matile \*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, à avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 8, 16, 17 LPGA; 28 LAI En fait : A. a) E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né le 15 mars 1979, originaire de Bosnie-Herzégovine, est arrivé en février 2002 en qualité de réfugié en Suisse, où il a travaillé depuis en tant que concierge dans l'un des centres de la FAREAS. Dans son pays, il n'avait pas pu entreprendre de formation professionnelle, mais avait travaillé en tant qu'aide-forestier et aide-mécanicien. Le 30 octobre 2002, l'assuré a été renversé par une automobile alors qu'il marchait le long d'une route en poussant son vélo. Il n'a pas exercé d'activité lucrative depuis lors. Le 1<sup>er</sup> juillet 2004, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). b) D'un rapport médical adressé le 8 novembre 2004 à l'OAI par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il ressort notamment ce qui suit : « A. Diagnostics affectant la capacité de travail / Existant depuis? Status après fracture ouverte de degré 1 de la jambe gauche ostéosynthésée par clou centro-médullaire le 30.10.02. Fracture ouverte de degré II de la jambe droite ostéosynthésée par-fixateur externe le 30.10.02. Syndrome de Loges sévères de la jambe droite traité par fasciotomie le 30.10.02, pansements sous narcose itératifs et greffe cutanée prélevée au niveau de la cuisse droite les 4.11; 6.11; et 20.11.02. Fracture du nez le 30.10.02. Plaies multiples cervicale droite, du visage et de l'arcade sourcilière le 30.10.02. Status post contusion du globe oculaire droit le 30.10.02. Status après retard de consolidation de la jambe droite traitée par enclouage centro-médullaire le 05.02.03. Séquelles neurologiques du syndrome de loges de la jambe droite avec rétraction en griffe des orteils 2 à 4 droit traitée par transferts tendineux et arthroplasties inter-phalangiennes le

08.09.03. Dépression réactionnelle. Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau des 2 tibias le 20.10.04. (...) 9. Pronostic : Concernant les problèmes orthopédiques, les traitements sont en principe terminés. Le patient présente par contre des douleurs neurogènes séquellaires du membre inférieur droit extrêmement invalidantes et dont le pronostic est difficile à évaluer. Un examen neurologique complémentaire ainsi qu'un complément par le Dr. V. \_\_\_\_\_, Service d'antalgie au CHUV pourrait être utile. (...)

1.1. Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici ? Incapacité totale. (...) 2.2 Peut-on exiger que l'assuré exerce une autre activité ? Difficile à envisager au vu du contexte global. Théoriquement, une activité ne nécessitant pas de déplacement ni de port de charge et se limitant à une activité des membres supérieurs pour[rait] être envisagée. Une telle activité devrait pouvoir être exercée au minimum 4 heures par jour sous réserve que les douleurs neurogènes nécessitant un traitement antalgique lourd soient contrôlés. » c) L'OAI a confié une expertise médicale indépendante à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), à Sion. Dans son rapport d'expertise du 23 août 2005, auquel était joint un rapport d'expertise psychiatrique du 5 juillet 2005 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'expert principal, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a notamment exposé ce qui suit : « DIAGNOSTICS Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : - Status après fracture ouverte des deux jambes le 30.10.2002, compliquée à droite d'une pseudarthrose avec reprise chirurgicale et d'un syndrome de loge avec pied creux post-traumatique et troubles neurologiques (S 82.2). - Etat dépressif récurrent (F33.1) d'origine plurifactorielle (accident de la circulation avec importante atteinte à l'intégrité corporelle, conflit conjugal, précarité extrême) chez une personnalité organisée sur le mode caractériel (F60.8). (...) APPRECIATION M. E. \_\_\_\_\_ est un assuré d'origine bosniaque âgé de 26 ans, vivant en Suisse depuis février 2002 en tant que demandeur d'asile. Le 30.10.2002, il a été victime d'un grave accident de la circulation, avec notamment fracture ouverte des deux jambes. A gauche, l'évolution s'est faite sans complication notable, les lésions osseuses consolidant normalement. Par contre, à droite, diverses complications sont survenues. Il s'est agi d'une part d'une évolution pseudarthrotique ayant nécessité une reprise chirurgicale, qui a finalement conduit à la consolidation des fractures et a permis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux cotés. Il s'est aussi développé un sévère syndrome de loge, ayant nécessité des fasciotomies et des greffes cutanées. Ce syndrome de loge a laissé subsister des séquelles. Sur le plan médical on peut donc résumer la situation actuelle de M. E. \_\_\_\_\_ de la façon suivante : - Il existe d'une part des séquelles d'ordre orthopédique, consistant en un important pied creux et en des limitations fonctionnelles de la cheville et du pied, avec ankylose prononcée des articulations, notamment des orteils. - Il existe d'autre part des séquelles d'ordre neurologique. Celles-ci consistent en des troubles de la sensibilité diffus, sous forme d'hypoesthésie au niveau de la jambe et d'hypoesthésie-anesthésie au niveau du pied. Il s'agit surtout d'un état algique important qui pour l'instant s'est avéré réfractaire aux divers essais thérapeutiques entrepris. - Dans le domaine psychiatrique, l'expert la Dresse C. \_\_\_\_\_ retient diverses pathologies ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il s'agit notamment d'un dépressif récurrent chez une personnalité organisée sur le mode caractériel. Sur le plan professionnel, on peut apprécier la situation de la façon suivante : - En raison de la pathologie psychiatrique, seule une capacité de travail de 50% est médicalement exigible, quelle que soit l'activité envisagée. - Cette capacité de travail devrait être envisagée dans une activité adaptée qui tienne compte des séquelles physiques.

Il devrait s'agir d'un travail s'exerçant essentiellement en position assise sans déplacement et sans port de charges. Une telle capacité ne pourrait être réalisée cependant, que dans la mesure où, comme l'écrit le Dr C. \_\_\_\_\_, « ... les douleurs neurogènes nécessitant un traitement antalgique lourd soient contrôlées ». Ceci n'est pas le cas dans la situation actuelle de l'assuré et une nouvelle appréciation devrait être faite auprès du Dr V. \_\_\_\_\_ au début de l'année 2006. » d) Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2006 adressé au Dr S. \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR), le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'anesthésiologie du CHUV, a indiqué ce qui suit : « Je fais suite à votre lettre du 28 avril 2006. Le patient a été adressé au Service d'antalgie du CHUV au mois de février 2004. La 1<sup>ère</sup> consultation dans le service d'antalgie a eu lieu le 7 avril 2004. Les diagnostics sont: - Syndrome douloureux complexe régional du MID post-fracture ouverte du tibia D et lésion périphérique du nerf sciatique à D - Status après polytraumatisme avec fracture ouverte de la jambe bilatérale - Syndrome de Loges avec fasciotomie à D - Fracture de l'arcade sourcilière avec rétinopathie post-traumatique à D La symptomatologie douloureuse du patient a donc été reconnue à partir du mois de février 2004. Monsieur E. \_\_\_\_\_ m'avait été adressé car les traitements offerts par nos collègues orthopédistes étaient insuffisants du point de vue de la qualité antalgique. (...) Concernant votre question à propos du travail, le problème algique du MID semble être peut-être sous contrôle, mais au prix de médicaments ayant, au dosage que le patient prend, une influence sur la capacité de concentration et l'attention du malade. Le fait de dire qu'un patient est capable de rester assis et compter des pièces ne signifie pas qu'il ait une capacité de travail à 100%. Pour ce qui concerne l'estimation de la capacité de travail, je ne peux malheureusement pas y répondre, ce type d'évaluation ne faisant pas partie de ma spécialité. » e) Après avoir posé par écrit des questions complémentaires à la Dresse C. \_\_\_\_\_ et au Dr P. \_\_\_\_\_ – qui y ont répondu respectivement le 17 et le 20 mars 2006 –, le Dr S. \_\_\_\_\_ a considéré dans un rapport d'examen SMR du 27 juin 2006, en ayant discuté le volet psychiatrique avec la Dresse O. \_\_\_\_\_ du SMR, que l'expertise de la CRR ne permettait pas de retenir l'existence d'une atteinte à la santé psychique prise en compte par la LAI, de sorte que l'assuré présentait une capacité de travail théorique complète dans une activité adaptée, et ce dès le 7 juillet 2005. Dans un avis médical SMR complémentaire du 29 décembre 2006, le Dr S. \_\_\_\_\_ a précisé que d'un point de vue médico théorique, on pouvait fixer la reprise du travail après une période de convalescence de trois mois après le dernier geste chirurgical – effectué le 20 octobre 2004 et consistant dans l'ablation du matériel d'ostéosynthèse – qui confirmait la stabilisation de l'état de santé, soit au 20 janvier 2005, de sorte que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 21 janvier 2005. B. a) Le 19 février 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité du 30 octobre 2003 (échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI) au 30 avril 2005. La comparaison du revenu auquel l'assuré aurait pu prétendre en 2005 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité non qualifiée en tant qu'aide-forestier ou aide-mécanicien, soit 57'830 fr., avec le revenu d'invalidité auquel il aurait pu prétendre dès le 21 janvier 2005 selon l'ESS dans une activité non qualifiée adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail en position assise, sans travaux lourds et sans ports de charges au-delà de 10 à 15 kg), soit 49'156 fr. 20 compte tenu d'un abattement de 15% sur les salaires statistiques justifié par les limitations fonctionnelles et le permis de séjour (permis N), aboutissait à un degré d'invalidité de 15%, ne donnant plus droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2005, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail. b) Le 23 mars 2007, l'assuré,

par son conseil, a contesté ce projet de décision, en produisant un certificat médical établi le 7 mars 2007 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par H. \_\_\_\_\_, psychologue. Ceux-ci y posaient les diagnostics d'état de stress post-traumatique (probable chronification) (F43.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de difficultés liées à une situation juridique (Z65.3), et estimaient que les troubles dont souffrait l'assuré entraînaient encore, pour une durée difficile à estimer, une incapacité de travail totale. c) Dans un avis médical SMR du 20 avril 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_ a alors proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante. Celle-ci a été confiée à la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 23 novembre 2007, cette spécialiste a posé le diagnostic d'état dépressif léger sans syndrome somatique et a estimé l'incapacité de travail à 25% sur le plan psychiatrique, en exposant notamment ce qui suit : « Lors de l'expertise, M. E. \_\_\_\_\_ évoque une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables (à l'exception des rencontres avec des compatriotes), un manque d'énergie, une diminution de la confiance en soi et une vision négative et irréaliste des perspectives d'avenir ; ces symptômes correspondent à un épisode dépressif léger. A relever que les dosages sériques de gabapentine et d'amitriptyline effectués lors de l'expertise indiquent une mauvaise compliance médicamenteuse. Je ne retiens pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'expertisé présentant le même épisode dépressif depuis fin 2003, non entrecoupé de périodes de rémission et de rechutes dépressives. Hormis la perte de l'intérêt ou du plaisir, un discret ralentissement psychomoteur et une diminution de la libido, aucun autre symptôme somatique n'est objectivé. Durant cette expertise, M. E. \_\_\_\_\_ est calme, il ne montre pas d'irritabilité comme celle décrite dans l'expertise de la Dresse C. \_\_\_\_\_, en juillet 2005. Par ailleurs, depuis fin 2006, l'expertisé a pu diminuer la dose de neuroleptique atypique d'olanzapine (Zyprexa) de 10 mg à 5 mg et ne nécessite que ponctuellement ce traitement. L'expert ne retient pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique ; en effet, M. E. \_\_\_\_\_ n'a aucun souvenir de l'accident et selon ses dires, il n'a pas ressenti un sentiment imminent d'être confronté à la mort; Monsieur ne présente pas de conduite d'évitement (M. E. \_\_\_\_\_ peut conduire et il peut retourner régulièrement sur les lieux de son accident, situé près du centre de requérants où il rencontre des amis), il ne présente pas de phobie, de flash-back, ni de cauchemar récurrent (en 15 jours, M. E. \_\_\_\_\_ dit avoir rêvé à deux reprises du conducteur qui l'a accidenté). Persiste un émoussement psychique, ponctuellement des épisodes d'attaque de panique (lorsqu'il entend une voiture de pompiers) et des pensées liées au conducteur lorsque M. E. \_\_\_\_\_ est confronté à des limitations physiques. L'épisode dépressif léger sans syndrome somatique interfère tout au plus de 25% sur la capacité de travail, quelle que soit l'activité. Cette dépression a par ailleurs tendance à se chroniciser en raison d'autres facteurs, tels les procès opposant l'expertisé au conducteur du véhicule, son statut de requérant toujours non réglé et sa précarité financière. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît étroitement lié aux facteurs sociaux cités ci-dessus; d'autre part, Monsieur n'a aucune formation et ne parle pas le français ; ces éléments sortent du champ médical. » d) Le 5 septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 avril 2005, puis à une demi-rente (basée sur un degré d'invalidité de 57%) du 1<sup>er</sup> mai 2005 au 31 mars 2007 et mettant fin à toute prestation dès cette date. L'assuré, par son conseil, a contesté ce projet de décision. Dans un avis médical SMR du 31 janvier 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_ a estimé, en se

fondant en particulier sur le rapport d'expertise de la CRR du 23 août 2005 et sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2007, que l'incapacité de travail de l'assuré avait évolué de la manière suivante : « (...) L'expertise de la CRR ne met en évidence aucune complication orthopédique depuis le 20/10/2004. D'un point de vue médico théorique on peut fixer la reprise du travail après une période de convalescence de 3 mois, après le dernier geste chirurgical, qui confirmera la stabilisation de l'état de santé soit au 20 janvier 2005. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée dès le 21 janvier 2005. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 75% depuis janvier 2007. Du 21/01/2005 au 31/12/2006 elle était de 50%. Antérieurement au 21/01/2005 il y a lieu de s'aligner sur l'appréciation de l'assurance accident, c'est à dire 100% d'IT. » e)

Après avoir répondu par lettre du 19 janvier 2009 aux objections soulevées par l'assuré à l'encontre du projet de décision du 5 septembre 2008, l'OAI a rendu le 12 mars 2009 une décision octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 avril 2005, puis une demi-rente du 1<sup>er</sup> mai 2005 au 31 mars 2007. Dans cette décision, l'OAI a admis une capacité de travail de 50% dans une activité légère de substitution et a évalué le salaire hypothétique d'invalidité à 24'817 fr. 40 après un abattement de 15%. La comparaison de ce salaire avec un salaire hypothétique de valide de 58'392 fr. 92 aboutissait à un degré d'invalidité de 57%. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'état psychiatrique s'était amélioré selon les constatations faites par l'experte B. \_\_\_\_\_ et une capacité de travail de 75% était médicalement exigible, d'où un degré d'invalidité de 36%, insuffisant pour maintenir le droit à une rente au-delà du 31 mars 2007, soit trois mois après l'amélioration. C. a)

L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 24 avril 2009, en concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003. Il soutient que l'expertise de la Dresse B. \_\_\_\_\_ n'a pas pleine valeur probante; selon lui, la cour devrait retenir une incapacité de travail psychiatrique d'au moins 50% et, en cas de doute, mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Sur le plan orthopédique, le recourant reproche à l'OAI de s'être fondé sur le rapport d'examen SMR du 27 juin 2006 ; or ce rapport s'écarte des conclusions de l'expert P. \_\_\_\_\_ de la CRR dans son rapport du 23 août 2005, conclusions qui sont corroborées par le rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2004; il faudrait donc retenir une incapacité de travail de 50% au moins, une expertise neurologique étant requise à cet égard. Les deux expertises doivent être réalisées dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire. La date de la reprise du travail sur le plan somatique devrait être fixée au moins de septembre 2005, et donc le début de l'amélioration au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Enfin, le recourant demande un abattement de 25% et non de 15% sur le revenu d'invalidité. Le recourant procède au bénéfice de l'assistance judiciaire. b)

Dans sa réponse du 3 juin 2009, l'OAI expose qu'il a pas été tenu compte de l'appréciation de la CRR s'agissant de la capacité de travail du recourant dans la mesure où la Dresse C. \_\_\_\_\_ a tenu compte de facteurs psychosociaux étrangers à l'assurance-invalidité; en effet, selon la Dresse C. \_\_\_\_\_, le recourant souffrirait d'un état dépressif récurrent d'origine plurifactorielle (accident de la circulation avec une importante atteinte à l'intégrité corporelle, conflit conjugal, précarité extrême). Or les facteurs psychosociaux ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI; il faut que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique, par exemple une dépression durable au sens médical, et non une simple humeur dépressive. Dans le cas présent, l'OAI a tenu compte de l'accident de la circulation ainsi que de ses séquelles somatiques et psychiques puisqu'il a accordé à l'assuré une rente limitée dans le temps; s'agissant en revanche du

conflit conjugal et de la précarité financière, ces facteurs ont été exclus de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré. Par ailleurs, l'abattement de 15% est conforme à la jurisprudence. L'OAI conclut dès lors au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. c) Dans sa réplique du 3 juillet 2009, le recourant fait valoir que l'experte B. \_\_\_\_\_ n'a pas tenu compte du fait qu'il fallait écarter des facteurs psycho-sociaux pour retenir une incapacité de travail de 25%. D'ailleurs, même si la Dresse C. \_\_\_\_\_ avait pris notamment en compte de tels facteurs, ceux-ci n'apparaissent pas au premier plan au regard des atteintes psychiques avérées. La question est de savoir quelle activité, et à quel taux, est exigible. En plus, il y a les douleurs neurogènes qui sont toujours présentes. L'abattement de 15% opéré par l'OAI n'est pas motivé. Le recourant demande formellement la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique et d'une expertise neurologique, en précisant que les deux experts devront coordonner leurs réponses pour évaluer ensemble l'incapacité de travail globale du recourant. d) Une expertise judiciaire pluridisciplinaire, neurologique et psychiatrique, a été ordonnée et confiée au Bureau romand d'expertises médicales (BREM). Dans leur rapport d'expertise du 25 mai 2010, les experts (Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne; Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie), exposent notamment ce qui suit: « DISCUSSION, ASPECT PSYCHIATRIQUE Diagnostic L'histoire clinique et les constatations faites lors du présent examen mettent en évidence un tableau clinique comprenant une composante dépressive et une composante anxieuse. En ce qui concerne la partie dépressive le CHUV (2003) a évoqué une dépression «réactionnelle», mais dans son expertise de 2006 la Dresse C. \_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'un véritable épisode dépressif, estimé de gravité moyenne. Elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, mais sans étayer ce diagnostic. En effet rien dans l'anamnèse ni dans les documents disponibles ne fait apparaître que le trouble dépressif apparu dans les suites immédiates de l'accident et repéré au CHUV début 2003 ait connu une véritable rémission, c'est-à-dire un amendement complet du tableau dépressif, suivi d'une récurrence. En mars 2007, le Dr N. \_\_\_\_\_ parle d'une humeur fluctuante mais il ne signale pas de véritable rémission. On pourrait parler de trouble dépressif récurrent s'il était avéré ou vraisemblable que l'expertisé ait souffert avant 2003 d'un véritable épisode dépressif, notamment en 1995, après Srebrenica. Or cela ne ressort pas de l'anamnèse, et évidemment n'est pas documenté. L'expertisé semble avoir souffert à cette époque plutôt d'un trouble anxieux, de type post-traumatique, que de type dépressif. Pour revenir à la dépression, comme la Dresse C. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ qualifie en mars 2007 le trouble dépressif de moyen. En octobre 2007, la Dresse B. \_\_\_\_\_ constate lors de son expertise la persistance d'un syndrome dépressif, qu'elle qualifie de léger. Au vu du présent examen il persiste une symptomatologie dépressive subjective, importante, mais les corrélats objectifs sont très rares (pas d'altération de l'état général ni ralentissement important, ni d'humeur uniformément triste lors de l'examen). Devant cette constellation, je pense raisonnable de qualifier le syndrome dépressif actuel de léger. S'il devait s'installer dans la durée en restant de faible intensité, il faudrait plutôt retenir le diagnostic de dysthymie. Mais actuellement le critère de durée de ce trouble (deux ans au moins) n'est pas rempli. Je retiens donc pour le moment le diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0), persistant puisque présent depuis plusieurs années sans rémission franche. On ne peut pas parler de dépression résistante puisqu'actuellement il n'y a pas de traitement antidépresseur en bonne et due forme. Le Saroten® est bien un antidépresseur, mais il est pris irrégulièrement et à de faibles doses, donc il ne peut pas être considéré comme un traitement de la dépression «lege artis». Pour

ce qui est de la composante anxieuse des troubles, le psychiatre traitant et la psychologue-psychothérapeute traitante retiennent en mars 2007 le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT), sans d'ailleurs préciser si le traumatisme étiologique est le drame de Srebrenica de 1995 ou l'accident de la route de 2002. Ni la Dresse C. \_\_\_\_\_ ni la Dresse B. \_\_\_\_\_ n'ont mis en évidence le tableau clinique typique d'un ESPT. Aujourd'hui il existe indiscutablement une problématique anxieuse, avec présence de symptômes subjectifs (ruminations envahissantes, insomnie, irritabilité, tension intérieure) et de quelques signes objectifs (irritation et tension perceptibles par l'examineur, arrachage des peaux autour des ongles). Toutefois les principales manifestations de l'ESPT manquent, à savoir les flashbacks et le comportement d'évitement. Les flashbacks sont des «fragments» mnésiques du traumatisme qui reviennent de manière intrusive. Ils sont très sensoriels, correspondant très exactement à des sensations ressenties au moment du traumatisme (vision d'une image, d'un son, d'une odeur, etc.). L'expertisé ne décrit aucun phénomène de ce type, ni spontanément ni après avoir reçu des informations sur la nature des flashbacks. Au moment de l'accident, il n'a pas vu le conducteur du véhicule qui l'a renversé, ni entendu des sirènes de pompiers. Ces éléments qui reviennent dans son sommeil n'ont donc pas valeur de vrais flashbacks. L'expertisé admet avoir ressenti de tels phénomènes pendant un mois après la fuite dans la forêt de Srebrenica (vision de cadavres, bruit des avions et des bombardements), puis ces flashbacks se sont estompés. Il n'y a pas non plus de comportement d'évitement spécifique comme on le voit dans l'ESPT. En effet l'expertisé s'est rendu à plusieurs reprises sur le lieu de l'accident pour le montrer à des amis. Le fait qu'il n'ose plus remonter à bicyclette n'est pas un comportement d'évitement typique de l'ESPT, puisque non spécifique: au moment de l'accident l'expertisé n'était pas sur le vélo, il le poussait en marchant. Enfin l'expertisé n'a manifesté aucune réticence, ni émotion visible, lors du récit de l'accident, et il a proposé lui-même de me faire un croquis sur une feuille de papier pour mieux me faire comprendre les circonstances de l'accident. Or en cas d'ESPT, l'évitement cognitif (réticence à parler du traumatisme) est évident, et l'émotion est palpable à l'évocation du traumatisme, ce qui n'a pas été le cas ici. Restent les phénomènes d'allure dissociative, ces moments où l'expertisé paraît ailleurs, lointain. Ces éléments ne suffisent pas à faire un ESPT, et ils sont trop brefs et n'ont pas suffisamment de répercussions fonctionnelles pour qu'on en fasse un trouble dissociatif. Ils doivent être assimilés au syndrome anxieux et dépressif (impression que le monde est «refroidi»). Le trouble anxieux constaté actuellement n'a donc pas les caractéristiques d'un ESPT, ni celles d'un autre trouble anxieux spécifique (TOC, phobie, trouble panique). Il s'agit plutôt d'une anxiété diffuse, physique et mentale, qui correspond à ce que la CIM-10 appelle anxiété généralisée (F34.1). Il est probable en revanche que l'expertisé a présenté un ESPT dans les semaines qui ont suivi Srebrenica, ESPT qui s'est ensuite amendé spontanément comme c'est habituellement le cas avec cette pathologie. Mais l'ESPT a certainement laissé des traces sous la forme d'une fragilité et d'un terrain favorable à l'anxiété et à la dépression chroniques (cf. infra). La Dresse C. \_\_\_\_\_ évoque une personnalité structurée sur le mode caractériel, c'est-à-dire non spécifique. Il est évident que l'expertisé a subi des carences diverses du fait de l'état de pré-guerre civile qu'il a connu pendant son enfance, suivi des événements traumatisants de Srebrenica. Ceux-ci sont survenus à l'adolescence, c'est-à-dire à un âge important pour la structuration de la personnalité. La disparition dans ces conditions de son père et de son frère aîné est de toute évidence un événement qui ne peut que laisser des traces dans la constitution psychique. Dire que ces traces prennent d'ores et déjà la forme d'un trouble de la personnalité ou du caractère me paraît prématuré.

D'une part parce que les troubles psychiques «conjuncturels» actuels (dépression et anxiété) sont encore au premier plan et «masquent» encore dans une certaine mesure le fonctionnement psychique habituel de l'expertisé. D'autre part parce que M. E. \_\_\_\_\_ est dans une phase très particulière de sa vie (statut incertain, procédure asséurologique en cours). Dès lors son comportement particulier, passif et dépendant, mais aussi revendicateur, pourrait très bien correspondre à un mode d'adaptation temporaire à ces circonstances particulières plutôt qu'à sa personnalité de base. En conclusion sur le plan psychique je retiens en l'état actuel deux diagnostics: – épisode dépressif léger (F32.0), qui peut être qualifié de persistant – anxiété généralisée (F34.1). Répercussions sur la capacité de travail Un trouble dépressif léger n'a en principe qu'une incidence légère sur la capacité de travail. Toutefois, le fait qu'il soit installé dans la durée et accompagné d'un trouble anxieux lui aussi chronique est susceptible de diminuer le rendement à cause de la fatigabilité «physique» et mentale cumulée due aux deux troubles. En plus de leur effet sur l'énergie mobilisable, qui est diminuée, les deux troubles psychiques ont un effet négatif sur la motivation et sur les performances cognitives, et les fluctuations d'attention observées lors de notre examen pourraient bien être en rapport avec ce mécanisme. Au vu de ces limitations, on peut estimer à 25% la baisse durable de rendement imputable aux troubles psychiques. Perspectives thérapeutiques et pronostic Depuis les premières descriptions disponibles dans le dossier, il est évident que l'état clinique du point de vue psychique s'est amélioré. Peut-on attendre une amélioration supplémentaire? C'est possible, mais il existe chez l'expertisé des facteurs sociaux et médicaux qui contribuent au renforcement et donc à l'entretien des troubles. Parmi les facteurs sociaux on peut citer le statut précaire en Suisse, la mauvaise maîtrise du français et le fait que ses problèmes de santé ont été invoqués pour justifier la demande de non-renvoi dans son pays. Cet élément est, nolens volens, un facteur jouant en faveur de la persistance des troubles. Il existe un autre facteur qui pousse à la durée des troubles. C'est le fait que le traumatisme subi par l'expertisé à Srebrenica, couplé à la disparition de son père et la mort de son frère, est survenu à l'adolescence, période de fragilité et en même temps cruciale pour la structuration de la personnalité. Une expérience traumatique de ce type est à même d'entretenir une dépression et une anxiété chronique en minant l'estime de soi et le sentiment de sécurité personnelle, et en favorisant un sentiment tenace de culpabilité irrationnelle, la «culpabilité du survivant», phénomène bien connu chez les sujets ayant survécu à des traumatismes où d'autres personnes sont mortes. On peut néanmoins espérer qu'un retour dans la vie active, appuyé sur la démarche psychothérapeutique en cours et éventuellement un antidépresseur, aide l'expertisé à récupérer à terme une pleine capacité de travail.

**ASPECT NEUROLOGIQUE** L'expertisé a donc présenté au cours d'un accident de la circulation en octobre 2002 avec fracture ouverte de degré I du tibia gauche et une fracture bifocale multifragmentaire du tibia droit ouverte de degré II traitée par ostéosynthèse et compliquée par un syndrome de loge qui a nécessité une fasciotomie de la loge antéro-externe et des loges postérieures de la jambe droite avec mise en place d'une attelle plâtrée qui a entraîné une double lésion des nerfs tibial et péronier droit avec séquelles sensitivomotrices et douleurs chroniques. On décrit également une fracture du nez avec plaies multiples au niveau cervical droit, du visage et de l'arcade sourcilière droite. On relève également une probable contusion du globe oculaire droit avec rétinopathie post-traumatique investiguée à l'hôpital ophtalmique avec des anomalies de l'électrorétinogramme. On décrit déjà alors une discordance entre l'examen clinique et l'examen du champ visuel. On évoque une composante fonctionnelle non organique surajoutée au problème réel de la rétinopathie post-traumatique. Il y a eu possiblement une

perte de connaissance avec amnésie rétrograde de courte durée, M. E. \_\_\_\_\_ se rappelant avoir roulé son vélo sur la route peu avant l'accident qui pose un diagnostic différentiel entre un malaise vagal et une commotion, mais sans coma prolongé au vu des documents à disposition émanant du CHUV. Il n'y a pas d'élément dans le dossier du CHUV qui nous permette de retenir formellement une commotion. Il n'y a pas de complication post-commotionnelle retenue sur la base du descriptif initial et de l'évolution, selon les documents du CHUV et de la CRR. En raison d'un retard de consolidation de la jambe droite, un enclouage centromédullaire est pratiqué le 05.02.2003 à l'hôpital orthopédique. Suite au syndrome de la loge, on décrit des séquelles neurologiques sévères de la jambe droite avec rétraction en griffe des orteils 2 à 4 traitée par des transferts tendineux et une arthroplastie IPP des orteils 2 à 4 à droite et nécessitant la fabrication de supports plantaires par la suite. Les séquelles neurologiques sont investiguées ambulatoirement en neurologie au CHUV le 24 juin 2003, l'unité d'exploration fonctionnelle par les Dr W. \_\_\_\_\_ et de son assistant et du Dr Q. \_\_\_\_\_ et des médecins adjoints. Il bénéficiera d'un examen neurologique, de même que d'un bilan électroneuromyographique du membre inférieur droit. Les séquelles motrices prédominent nettement au niveau de la loge antéro-externe de la jambe droite, alors que les troubles sensitifs concernent les deux branches du tronc sciatique. Les douleurs neurogènes sont d'ailleurs en cohérence avec cette double atteinte. Il s'agit de douleurs permanentes d'intensité fluctuante fortement influencées par divers facteurs externes et partiellement améliorées de par l'évolution et les traitements antalgiques instaurés. Ces douleurs sont au premier plan des plaintes et sont ressenties comme omniprésentes et envahissantes, gênent et limitent l'expertisé dans toutes ses activités de la vie quotidienne, y compris son sommeil. L'atteinte neurologique est déficitaire, à savoir le déficit moteur au niveau du membre inférieur droit engendre une boiterie, mais paraît moins limitative que les douleurs. Il engendre tout de même une limitation pour les marches prolongées, la course, le port de charges et empêche toute activité en position accroupie ou à genoux. Accessoirement, l'expertisé se plaint de paresthésies frontales droites suite au TCC avec des céphalées atypiques localisées à l'hémicrâne droit décrit comme des démangeaisons un peu paroxystiques assez fluctuantes, avec parfois des lancées peu durables, accompagnées parfois même par des sensations d'étouffement non invalidantes. Au niveau céphalique et cervical il existe des dysesthésies péricicatricielles, diffuses, mais sans véritable handicap retenu en relation, ce type de séquelles cicatricielles laisse souvent une atteinte neurologique superficielle dont les sujets s'accommodent. Les douleurs neuropathiques insuffisamment traitées sur le plan médicamenteux devraient faire l'objet d'un meilleur contrôle de la médication, par monitoring thérapeutique. Il est inhabituel face à des douleurs aussi importantes que celles que décrit l'expertisé que la consommation des antalgiques soit si irrégulière. Ceci nous amène à pondérer quelque peu les plaintes du patient qui n'a pas démontré en cours d'expertise de comportement algique significatif, alors qu'il n'était de toute évidence pas au bénéfice d'une couverture antalgique médicamenteuse, selon les taux sériques mesurés. Ces éléments ne nous font pas retenir de baisse de rendement ni de limitation durable sur le plan de la capacité de travail, dans un travail adapté au plan neurologique, supplémentaire à celle qui a été retenue par l'expert psychiatre. Dans les anciennes activités exercées les séquelles neurologiques du membre inférieur droit justifient une incapacité de travail totale et définitive et les limitations fonctionnelles établies. ASPECT OSTEO-ARTICULAIRE ET DE MEDECINE INTERNE GENERALE M. E. \_\_\_\_\_ évoque des accidents mineurs sans conséquence, dans l'enfance, qui ne l'ont pas empêché de travailler dans des métiers physiquement pénibles.

En Suisse, il a été traité d'une lithiase rénale. L'accident du 30.10.2002 a provoqué des fractures des jambes, survenues à haute énergie, qui ont touché les os longs des deux jambes, sans répercussion[s] articulaires. C'est au niveau neurologique et des tissus mous que les séquelles sont les plus importantes. Il a pu récupérer toutefois une marche normale sur terrain stable, sans moyen auxiliaire. La fracture du nez ne donne pas de gêne résiduelle. Au niveau ophtalmologique, il a recouvré une acuité visuelle proche de la norme après correction d'une myopie. La rétinopathie post-traumatique a été identifiée mais sans répercussion significative. En revanche, M. E. \_\_\_\_\_ présente des empêchements multiples en relation avec des plaintes subjectives qui l'empêchent à ses yeux de recouvrer, même dans une activité légère et adaptée, une capacité de travail supérieure à 30%, ce qui correspond à une activité occupationnelle. L'examen clinique actuel montre un patient tabagique, de faible corpulence, avec un indice de masse corporelle stable, qui garde une musculature normalement développée au niveau axial, au niveau scapulaire et des membres supérieurs, avec un examen de médecine interne générale dans les normes, Il présente quelques cicatrices en zone découverte associées à des hypoesthésies péricicatricielles (en région latéro-cervicale droite, au niveau de l'arcade orbitaire à droite). Il persiste un discret steppage à la marche à droite, que E. \_\_\_\_\_ ne juge plus utile d'appareiller de son attelle pour la marche. Sa force de préhension est maintenue. En zone couverte, on note une cicatrice de prise de greffe à la cuisse droite, et de multiples cicatrices au niveau des deux jambes. Il existe une hypotrophie relative du mollet droit. Au plan articulaire, on relève une discrète raideur de la cheville et de la sous-astragalienne dans le cadre de l'atteinte neurologique détaillée par l'expert neurologue avec un pied creux. Notons les prémices d'un mal perforant plantaire, bien contrôlé par les soins locaux, sans signe de surinfection, ni localement ni au plan des tests biologiques, sans signe d'atteinte osseuse sur les radiographies actuelles demandées en complément de l'examen clinique. Le contrôle radiologique atteste d'une bonne consolidation des fractures, d'une densité osseuse symétrique. Il existe les prémisses de lésions dégénératives débutantes des 2 chevilles, non symptomatiques, bien que l'axe jambier soit assez bien restitué. Il en est tenu compte dans les limitations fonctionnelles. M. E. \_\_\_\_\_ s'est montré collaborant, démontrant toutefois lors de l'anamnèse des symptômes évoquant une amplification des plaintes. L'examen clinique est peu parasité par des phénomènes de discordances. Il n'a pas adopté un comportement algique mais s'est montré plutôt découragé et par moment revendicateur, en raison de la lenteur des procédures administratives. Il sous-évalue ses performances réelles par rapport aux constatations médicales. Si le neurologue retient une composante neurogène évidente en cohérence avec certaines plaintes du patient, nous relevons comme discordant le fait que le patient ne tente pas d'améliorer son état algique, en se montrant plus compliant à la médication proposée par exemple. On ne peut parler d'échec en antalgie comme le retenait le Dr V. \_\_\_\_\_ si les taux sériques des médicaments prescrits et dosés à la CRR en novembre 2005 indiquaient une mauvaise compliance médicamenteuse, ce qui se conforte au monitoring thérapeutique évalué par la Dresse B. \_\_\_\_\_ qui retient également lors de son expertise un taux de gabapentine et d'amitriptyline au seuil de la détectabilité, ce qui se conforte à notre monitoring thérapeutique actuel où aucun des trois médicaments dosés n'est significativement détectable dans le sang. Nous nous écartons sur ce point de l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_ qui estimait que l'état algique nécessitait des médicaments qui pouvaient altérer les capacités de concentration et d'attention de son patient. M. E. \_\_\_\_\_ nous a confirmé n'être pas très compliant à sa médication au motif qu'il est nerveux et qu'il en a marre de tous ces médicaments. A sa deuxième consultation,

alors qu'il émettait des doutes sur la fiabilité des laboratoires qui avaient dosé ses médicaments, nous lui avons offert la possibilité de re-tester ces substances. Il a préféré y renoncer, nous confirmant qu'il n'avait pas pris ses médicaments non plus le jour de l'examen ni la veille et qu'il n'était effectivement pas régulier dans la prise de ses médicaments. Il a admis une compliance médicamenteuse déficiente régulièrement.

E. \_\_\_\_\_ estime ses capacités à un niveau inférieur de ce que l'on pourrait attendre au vu des séquelles traumatiques. Nous admettons des limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée, l'exigibilité est totale au plan somatique, elle est pondérée à 75% en raison de la comorbidité psychiatrique. Les actes du dossier ne nous permettent pas de savoir si un bilan final des séquelles de l'accident a été réalisé ni si l'évaluation des dommages permanents a été établie. Nous retenons une bonne résolution des fractures, sans répercussion articulaire significative au niveau des genoux. Mentionnons une discrète arthrose tibio-tarsienne à gauche et à droite, non symptomatique et non congestive susceptible d'évoluer. Ce sont bien les séquelles neurologiques et non pas les séquelles orthopédiques qui donnent lieu aux limitations fonctionnelles.

A.5. DIAGNOSTICS A.5.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail • Lésion du nerf sciatique poplité externe G57.3 et lésion du nerf sciatique poplité interne G57.4 sur séquelles d'un syndrome de loges de la jambe D avec rétraction en griffe des orteils 2-4 D traitée par transferts tendineux et arthroplasties IPP des orteils 2-4 D, mal perforant plantaire droite stable, peu actif et probable contusion du globe oculaire D, avec rétinopathie post-traumatique E 13.3 • Episode dépressif léger (F32.0), persistantes • Anxiété généralisée (F34.1) Depuis quand sont-ils présents? Présents depuis l'accident du 31.10.2002, un peu plus tard pour les troubles psychiques.

A.5.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail • Céphalées chroniques post-traumatiques G44.3 • Status après - Fracture ouverte de degré 1 de la jambe G ostéosynthésée par clou centromédullaire le 30.10.2002 - Fracture ouverte de degré 2 de la jambe D ostéosynthésée par fixateur externe le 30.10.2002 - Syndrome de loges sévère de la jambe D traité par fasciotomies le 30.10.2002 et nécessitant des pansements sous narcose et greffe cutanée prélevée au niveau de la cuisse D les 04.11., 06.11 et 20.11.2002 - Fracture du nez - Plaies multiples, cervicale D, du visage et particulièrement de l'arcade sourcilière D - Retard de consolidation de la jambe D traitée par enclouage centromédullaire le 05.02.2003 Depuis quand sont-ils présents? Depuis le 31.10.2002.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Sur le plan neurologique, le patient présente une limitation à la marche prolongée, à la station debout prolongée, au port de charges (maximum à 10 kg occasionnel et 5 kg répétitif). La position accroupie, la position à genoux est impossible, le travail debout en équilibre les bras élevés également. Il n'est pas possible d'envisager l'utilisation de machines lourdes et dangereuses (tronçonneuse) ni sur des sols mouillés ou dans des milieux humides avec risque de surinfection de son mal perforant plantaire. On doit envisager un travail semi-sédentaire, plutôt en position assise, dans une ambiance calme avec un horaire fixe réparti sur toute la journée. Il faut éviter des activités nécessitant un contrôle visuel fin et précis plusieurs heures d'affilée. Au plan psychique et mental Cf. supra (Discussion, aspect psychiatrique). (...)

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Au plan physique Cf. limitations fonctionnelles. Au plan psychique Activité possible avec un rendement diminué de 25% dans toute activité adaptée à l'état physique. (...)

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Au plan physique Sur le plan neurologique, depuis l'accident, soit le

31.10.2002. Au plan psychique Même réponse. Au début, l'incapacité a été due principalement aux problèmes physiques. Pour la suite, on peut suivre l'estimation de la Dresse C. \_\_\_\_\_, qui reconnaît une incapacité de 50% à partir de juillet 2005. A partir de l'expertise de la Dresse B. \_\_\_\_\_ (novembre 2007), la capacité de travail, du point de vue psychiatrique, est de 75% du fait de la baisse de rendement de 25%. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Au plan physique Sur le plan neurologique, depuis l'accident, la capacité de travail a évolué de manière favorable puisqu'initialement il y avait une capacité de travail de 0%. Aussi bien l'atteinte neurologique déficitaire que les douleurs sont progressivement améliorées et actuellement stabilisées permettant d'envisager une reprise dans une activité adaptée en plein, moyennant une période d'adaptation au travail sur 3 mois. Au plan psychique Cf. réponse à la question 2.5. » e) Se déterminant le 21 juin 2010 sur ce rapport d'expertise judiciaire, l'OAI expose que ce rapport, de plus de huitante pages, doit être considéré comme pleinement probant au sens de la jurisprudence; en effet, tant les données concernant l'anamnèse que les données objectives du status sont particulièrement complètes, les conclusions sont parfaitement motivées et exemptes de contradictions, et l'expert psychiatre explique de manière détaillée les raisons pour lesquelles il s'écarter des conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_. Estimant qu'il n'y a ainsi aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle confirme que la capacité de travail du recourant est de 75%, pour des raisons psychiatriques, dans une activité adaptée aux limitations somatiques, l'OAI confirme intégralement ses conclusions. Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 25 mai 2010, le recourant indique le 28 septembre 2010 que sur le plan psychiatrique, il n'a pas de remarque particulière à formuler et que bien au contraire, pour alléger la procédure et aboutir rapidement à une décision de la part de la Cour des assurances sociales, il accepte que l'on retienne une incapacité de travail de nature psychiatrique actuelle de 25%. En revanche, il estime que l'on ne saurait suivre les conclusions des experts en ce qui concerne sa capacité de travail sur le plan neurologique. Il relève à cet égard que le Dr X. \_\_\_\_\_ ne conteste pas qu'il existe des douleurs neurogènes cohérentes avec l'atteinte subie lors de l'accident d'octobre 2002, de sorte qu'il y a lieu de retenir l'existence de douleurs permanentes d'intensité fluctuante influencées par divers facteurs externes et partiellement améliorées par les traitements antalgiques instaurés. Toutefois, au motif que le recourant présenterait une compliance médicamenteuse déficiente, l'expert neurologue exclut toute réduction de rendement. Il s'écarter par ailleurs de l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_, qui estimait que l'état algique nécessitait des médicaments qui pouvaient altérer les capacités de concentration et d'attention de son patient. Dès lors que les experts n'expliquent pas en quoi le Dr V. \_\_\_\_\_ se tromperait lorsqu'il estime que les médicaments nécessaires pour réduire les douleurs diminuent les capacités de concentration et d'attention, l'expertise serait insuffisamment motivée. Le recourant requiert par conséquent une nouvelle expertise sur la question précise de l'influence des antalgiques sur sa concentration et son rendement. Par ailleurs, il précise qu'il maintient sa position en ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité et qu'à tout le moins dans ce cadre-là, les douleurs objectivées sur le plan neurologique devraient être prises en compte dans la détermination du revenu d'invalidité à travers un abattement de 25% sur les salaires statistiques. f) Le 29 septembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant suffisamment instruit sur le plan médical, la requête de nouvelle expertise présentée par le recourant était rejetée. Il a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu par voie de circulation dès que l'état du rôle le permettrait. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la

LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 24 avril 2009 – soit en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA) – par E.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 12 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. La contestation portant sur le maintien d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2007, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte principalement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques depuis le mois de janvier 2007, date à laquelle l'OAI a retenu que le recourant – dont il n'est pas contesté qu'il a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité du 30 octobre 2003 au 20 janvier 2005, puis une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée du 21 janvier 2005 au 31 décembre 2006 – avait recouvré une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Le recourant conteste également l'abattement de 15% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidité évalué sur la base des données statistiques de l'ESS et réclame un abattement de 25%. 3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il

pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). c) 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 (art. 17 al. 1 LPGa). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux

prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). 4. a) En l'espèce, afin d'éclairer le Tribunal sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été ordonnée. Le rapport d'expertise judiciaire de 89 pages, établi le 25 mai 2010 par la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine interne, par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, répond entièrement aux exigences posées par la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante d'un tel document. b) Sur le plan psychiatrique, l'expertise judiciaire repose sur l'examen clinique ainsi que sur une analyse particulièrement complète du dossier et des avis psychiatriques émis précédemment, en particulier par la Dresse C. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 5 juillet 2005, par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 7 mars 2007 et par la Dresse B. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 23 novembre 2007. L'expert psychiatre explique de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_, en particulier s'agissant des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et d'état de stress post-traumatique (F43.1) posés par ce psychiatre traitant. L'analyse de l'expert psychiatre, le Dr T. \_\_\_\_\_, qui corrobore largement celle de la Dresse B. \_\_\_\_\_ et conduit l'expert à retenir que le recourant présente sur le plan psychiatrique une capacité de travail de 75% dès le mois de novembre 2007 (date de l'expertise de la Dresse B. \_\_\_\_\_; cf. réponse à la question 2.5), est claire et convaincante, et il n'existe aucun motif de s'en écarter. Au demeurant, le recourant en a reconnu le caractère pleinement probant dans ses déterminations du 28 septembre 2010 et a admis que l'on retienne une incapacité de travail de nature psychiatrique actuelle de 25%. b) Dans ses déterminations sur le rapport d'expertise judiciaire, le recourant estime en revanche que l'on ne saurait suivre les conclusions des experts judiciaires relatives à sa capacité de travail sur le plan neurologique, selon lesquelles il n'y a pas de baisse de rendement ni de limitation durable sur le plan de la capacité de travail, dans un travail adapté au plan neurologique, supplémentaire à celle qui a été retenue sur le plan psychiatrique. Sur le plan neurologique, l'expertise judiciaire se fonde sur des examens complets, comprenant en particulier un examen clinique et une analyse fouillée de l'ensemble des pièces du dossier. Dans l'analyse de l'aspect neurologique, l'expert neurologue, le Dr X. \_\_\_\_\_, retient l'existence de douleurs neurogènes – en cohérence avec les séquelles neurologiques objectives constatées des suites de l'accident du 30 octobre 2002 – qui sont permanentes, d'intensité fluctuante, influencées par divers facteurs externes

et partiellement améliorées par les traitements antalgiques instaurés. L'expert neurologue constate que les douleurs sont au premier plan des plaintes du recourant et sont ressenties comme omniprésentes et envahissantes, gênant et limitant le recourant dans toutes ses activités de la vie quotidienne, y compris son sommeil. L'expert souligne toutefois qu'il est inhabituel, face à des douleurs aussi importantes que celles que décrit le recourant, que la consommation des antalgiques soit si irrégulière. Relevant au surplus que le recourant n'a pas démontré en cours d'expertise de comportement algique significatif, alors qu'il n'était de toute évidence pas au bénéfice d'une couverture antalgique médicamenteuse, selon les taux sériques mesurés, l'expert neurologue estime que le recourant ne présente objectivement pas de baisse de rendement ni de limitation durable sur le plan de la capacité de travail, dans un travail adapté au plan neurologique, supplémentaire à celle qui a été retenue par l'expert psychiatre. Les conclusions de l'expertise judiciaire relatives à la capacité de travail du recourant sur le plan neurologique apparaissent ainsi parfaitement motivées et il n'y a aucun motif de s'en écarter. Il résulte clairement du rapport d'expertise judiciaire que les douleurs neurogènes constatées, qui sont au premier plan des plaintes du patient, ne sont objectivement pas de nature à entraîner une baisse de rendement ni une limitation durable de la capacité de travail plus étendue que la diminution de 25% retenue sur le plan psychiatrique. Contrairement à ce que soutient le recourant, ces conclusions ne sont pas remises en cause par la constatation du Dr V. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2006, que « le problème algique du MID semble être peut-être sous contrôle, mais au prix de médicaments ayant, au dosage que le patient prend, une influence sur la capacité de concentration et l'attention du malade ». En effet, le Dr V. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, précisant que ce type d'évaluation ne faisait pas partie de sa spécialité, mais s'est contenté d'observer que « [l]e fait de dire qu'un patient est capable de rester assis et compter des pièces ne signifie pas qu'il ait une capacité de travail à 100% ». Au surplus, les remarques du Dr V. \_\_\_\_\_ étaient fondées sur une consommation d'antalgiques nettement plus importante que celle qu'ont révélée les investigations des experts judiciaires, de sorte que la nouvelle expertise requise par le recourant sur la question précise de l'influence des antalgiques sur sa concentration et son rendement apparaît inutile. c) En définitive, il convient de retenir, au regard des conclusions pleinement probantes de l'expertise judiciaire, que le recourant, après avoir présenté une incapacité totale de travail dans toute activité du 30 octobre 2003 au 20 janvier 2005 en raison de ses atteintes somatiques, puis une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à partir du 21 janvier 2005 au 31 décembre 2006 pour des motifs psychiatriques, a recouvré une capacité de travail de 75% dès le mois de novembre 2007 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 5. a) Le recourant conteste l'étendue de l'abattement de 15% opéré par l'OAI sur les salaires statistiques ressortant de l'ESS, soutenant qu'à tout le moins dans ce cadre-là, les douleurs objectivées sur le plan neurologique devraient être prises en compte dans la détermination du revenu d'invalidé à travers un abattement de 25% sur les salaires statistiques. b) Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA – est déterminé sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références; TF 8C\_677/2008 du 1<sup>er</sup> avril 2009, consid. 2.3; 8C\_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1), le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C\_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1 et les arrêts cités). c) L'OAI a indiqué avoir tenu compte, pour opérer un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé ressortant des statistiques, des limitations fonctionnelles présentées par le recourant ainsi que de la catégorie d'autorisation de séjour (permis N). On ne discerne là aucun excès ou abus par l'autorité intimée de son pouvoir d'appréciation. Il convient d'observer que seules les limitations fonctionnelles objectives, liées au handicap, doivent être prises en compte dans ce cadre, et qu'on ne saurait faire grief à l'OAI de n'avoir pas augmenté l'étendue de l'abattement pour tenir compte des douleurs neurogènes, qui, comme on l'a vu, ne sont objectivement pas de nature à entraîner une baisse de rendement ni une limitation durable de la capacité de travail plus étendue que la diminution de 25% retenue sur le plan psychiatrique. 6. Les autres éléments du calcul du degré d'invalidité n'étant pas contestés, le degré d'invalidité de 36% calculé par l'OAI doit être confirmé. Il s'ensuit que, dans la mesure où le degré d'invalidité est désormais inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente, la rente d'invalidité allouée au recourant doit être supprimée trois mois après qu'il a recouvré une capacité de travail de 75%, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI. Suivant les conclusions de l'expertise judiciaire, il convient de retenir le recourant a recouvré sur le plan psychiatrique une capacité de travail de 75% à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2007, et non à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 comme l'a retenu l'OAI dans la décision attaquée sur la base de l'avis médical SMR du Dr S. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2009. Il s'ensuit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 janvier 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé sur le plan psychiatrique. 7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 avril 2005, puis à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2005 au 31 janvier 2008. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Dès lors, seul un émoluments judiciaire réduit, qu'il y a lieu d'arrêter à 300 fr., sera mis à la charge du recourant, dans la mesure où celui-ci succombe partiellement (art. 49 al. 1

LPA-VD). Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit de la part de l'OAI à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 800 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 12 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 avril 2005, puis à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2005 au 31 janvier 2008. III. Un émolument judiciaire réduit de 300 fr. (trois cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Une indemnité de 800 fr. (huit cents francs), à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alexandre Guyaz, avocat (pour M. E. \_\_\_\_\_), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.