

## VD\_FINDINFO AI 433/07 - 397/2011 vom 15. August 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-08-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_433\\_07\\_-\\_397\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_433_07_-_397_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 433/07 - 397/2011 du 15 août 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 433/07 - 397/2011 del 15 agosto 2011

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 29 al. 1 let. b LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.08.2011 AI 433/07 - 397/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 29 al. 1 let. b LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 433/07 - 397/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2011

Présidence de Mme Thalmann Juges : Mmes

Röthenbacher et Di Ferro Demierre Greffière : Mme Donoso Moreta \*\*\*\*\*

Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_, à Moudon, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 29 al. 1 let. b LAI En fait : A. M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, a travaillé en qualité de sécheur-bobineur pour le compte de l'entreprise de papiers B. \_\_\_\_\_ S.A., à [...], jusqu'au 30 septembre 2004, date à laquelle il a été licencié, l'entreprise ayant cessé son activité à ce moment-là. Le 5 janvier 2003, l'assuré a glissé sur un sol verglacé et est tombé, ce qui a entraîné une fracture spiroïde du tibia gauche, traitée par enclouage verrouillé statique. Le 5 juin 2003, il a été procédé à une dynamisation proximale. A la demande de l'assureur-accident, la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 29 juillet au 10 septembre 2003. Dans un rapport établi le 6 octobre 2003, les Drs P. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant dans le Service de réadaptation générale de la CRR, ont posé les diagnostics suivants : Diagnostic primaire : - thérapies physiques et fonctionnelles. Diagnostics secondaires : - fracture tibiale gauche traitée par enclouage le 7 janvier 2003; - dynamisation proximale du clou tibial gauche le 5 juin 2003; - neuropathie contusionnelle probable du nerf sciatique poplité externe (SPE) gauche; - status post-fracture du péroné proximal gauche. Ces médecins indiquent qu'à l'entrée à la CRR, les plaintes de l'assuré consistaient en des douleurs antérieures du genou gauche et de la cheville gauche. Au status, il est mis en évidence une très discrète limitation de la mobilité du genou gauche, associée à des douleurs péri-rotuliennes gauches irradiant jusque dans le compartiment externe du col du péroné et de la face externe de la jambe. L'examen de la cheville révèle une limitation de la flexion-extension. Le reste du status montre une hypoextensibilité des muscles droits antérieurs, ainsi que des muscles ischio-jambiers. Le bilan radiologique standard révèle une bonne consolidation de la fracture diaphysaire et une fracture du péroné proximal consolidée. On note l'aspect discrètement moucheté du genou et de la cheville gauches, sans

infiltration des parties molles pouvant entrer dans le diagnostic de déminéralisation, d'immobilisation vers une algoneurodystrophie. Une scintigraphie osseuse, réalisée le 21 août 2003, met en évidence, au pied, une hypercaptation suspecte d'une réaction algoneurodystrophique. Par contre, il n'y a pas d'image suspecte de ce diagnostic pour le genou gauche. Le consilium psychiatrique, réalisé le 7 août 2003, ne retient pas de diagnostic particulier, hormis une irritabilité accrue et des troubles du sommeil. Un soutien psychothérapeutique individuel, centré sur la gestion de la douleur, a été prodigué. D'autre part, l'introduction d'une médication (Réméron), notamment à but antalgique, sera arrêtée par la suite en raison d'une mauvaise tolérance du sujet au traitement. Une électroneuromyographie, effectuée le 28 août 2003, révèle une augmentation de l'activité insertionnelle dans les muscles tributaires du sciatique poplité externe. Ces éléments tendent à conforter l'hypothèse d'une participation neurogène aux manifestations douloureuses. D'un point de vue étiologique, selon le neurologue, il s'agit le plus vraisemblablement d'un processus contusionnel direct des fibres nerveuses, voire d'un étirement, mais non d'une compression ou d'un enclavement résiduel. Il n'y a donc pas lieu de procéder, de ce point de vue, à une exploration, par exemple par le biais d'une neurolyse. Sur le plan subjectif, les médecins de la CRR mentionnent que le patient déclare ressentir des douleurs identiques à celles présentes à l'entrée. Objectivement, une discrète amélioration de la proprioception a pu être notée, les amplitudes du genou et de la cheville demeurant inchangées. Les médecins relèvent que les capacités fonctionnelles actuelles demeurent cependant inchangées, que le périmètre de marche est de l'ordre de 750 mètres pour dix-neuf minutes et que, dans ces conditions, il n'a pas été préconisé de poursuivre la physiothérapie ambulatoire. Une description du poste de travail et une évaluation dans une activité légère ont pu être établies. Dans son activité, l'assuré se plaint constamment de gonalgies; ainsi, occupé en équipes de 3 x 8, il est appelé également à œuvrer de nuit. Il contrôle le papier sur la machine toutes les cinquante minutes environ, pour une durée de quinze minutes, dans une position debout, statique, avec quelques déplacements sur un rayon de 2 mètres environ. Il se rend à l'étage inférieur pour rejoindre la machine de bobinage du papier et doit emprunter les escaliers, comportant une trentaine de marches, 15 fois par jour. Il s'occupe aussi de la manutention des rouleaux, soit de l'extraction de la machine de fabrication à l'aide d'un palan, du placement de la bobine dans une bobineuse pour calibrage, de la découpe du papier selon commandes préalablement fournies, et du transport sur une balance où la bobine est déposée et doit être retenue afin de la peser avec l'aide d'une tierce personne (poids moyen, d'environ 3 tonnes). L'assuré qualifie cette activité de très stressante et soutenue. En effet, il doit faire preuve de vigilance, dès lors que le papier peut se déchirer à tout instant et bloquer toute la chaîne de production. Si tel est le cas, il doit rapidement intervenir, à l'aide d'un collègue, afin de placer à nouveau le papier manuellement sur la bobine. Il doit tirer sur le rouleau et acheminer la feuille sur les rouleaux d'embobinage. Lors de cette manœuvre, le poids pourrait atteindre 60 kilos. Les Drs P.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ concluent que, sur le plan orthopédique, la fracture est consolidée en bonne position, les douleurs pouvant s'expliquer notamment par une participation neurogène (SPE). Ils relèvent que l'objectif reste une reprise progressive dans l'ancienne activité et qu'après contact avec l'employeur, ce dernier a donné son accord pour alléger la tâche ou éventuellement adapter son activité dans un autre secteur de l'entreprise. Ils maintiennent une incapacité de travail totale jusqu'à la prochaine consultation, prévue le 7 octobre 2003 chez le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a suivi M.\_\_\_\_\_ depuis la survenue de l'accident de janvier 2003 et a procédé aux

diverses interventions. A la suite de cette consultation, une reprise du travail, si nécessaire à temps partiel dans un premier temps, pourrait être entreprise. Dans un rapport du 8 octobre 2003, le Dr W.\_\_\_\_\_ expose que le bilan radiologique démontre une fracture consolidée, le patient reprenant le travail à 25% le 13 octobre 2003, puis à 50% le 27 octobre 2003. Il indique le 18 novembre 2003 une reprise de travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2003 et précise qu'il n'y a pas lieu de s'adresser à l'employeur du recourant pour qu'il lui procure un travail approprié. Le 22 juin 2004, le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionne que l'assuré travaille toujours à 100% et qu'il a été licencié pour fin septembre en raison d'une fermeture de l'usine. Il indique en outre que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse aura lieu le 20 août 2004 et qu'une arthroscopie du genou gauche serait effectuée à cette même date afin de vérifier l'existence ou non d'une lésion méniscale. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthroscopie diagnostique du genou gauche ont été pratiquées le 20 août 2004. Dans un rapport daté du 8 septembre 2004 et adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr W.\_\_\_\_\_ relève notamment que selon les dires de l'assuré, l'intervention du 20 août 2004 a aggravé la situation, celui-ci déclarant présenter un genou qui lâche, des douleurs plus importantes de la jambe avec un pied qui bouge tout seul. Le Dr W.\_\_\_\_\_ observe que les déclarations de ce patient sont en contradiction avec un examen clinique tout à fait calme, avec un genou sans épanchement et des cicatrices opératoires sans rougeur, sans déhiscence et sans œdème. Il ajoute que plus on s'occupe de cette jambe, plus la situation s'aggrave, qu'il doit exister une nette surcharge psychologique des symptômes et que l'on peut se poser la question de savoir si le sujet ne devrait pas faire l'objet d'une consultation psychiatrique. Après avoir examiné l'assuré, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, observe le 13 septembre 2004 qu'à un an et huit mois d'une fracture spiroïde du tibia gauche avec fracture proximale du péroné, traitée par enclouage centro-médullaire, la persistance des douleurs a motivé un séjour à la CRR et que, malgré les douleurs, le travail a pu être repris progressivement. Le clou a pu être enlevé le 20 août 2004 et l'arthroscopie effectuée n'a pas révélé de lésion. Il indique que depuis cette intervention, les douleurs sont plus importantes mais que l'examen de l'intéressé ne permet pas la mise en évidence d'éléments objectifs en relation avec les douleurs décrites et qu'actuellement, il n'y a pas non plus d'argument en faveur d'une éventuelle invalidité. Dans ces conditions, il estime qu'une reprise du travail doit être envisagée dans les semaines à venir, du moins théoriquement, puisque l'entreprise employant l'assuré cesse son activité à la fin du mois de septembre 2004. Par courrier du 6 octobre 2004, le Dr W.\_\_\_\_\_ mentionne avoir remis le patient à une pleine capacité de travail pour le 11 octobre 2004. Le 8 octobre 2004, le Dr J.\_\_\_\_\_ atteste que le patient peut travailler à 100% dans une activité légère uniquement. Le 12 octobre 2004, l'assuré a déposé une demande d'orientation professionnelle et de reclassement auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le 21 octobre 2004, la CNA a informé l'assuré qu'il était apte au travail à 100% à partir du 11 octobre 2004 pour les seules suites de l'accident et qu'elle arrêterait le paiement de l'indemnité journalière au 10 octobre 2004. Dans un rapport du 26 octobre 2004, le Dr W.\_\_\_\_\_ estime l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges ni déplacements fréquents ou de station debout de longue durée, la capacité de travail est entière. Il mentionne notamment ce qui suit : « 6. Constatations objectives : a) Au début du traitement [...] Ce patient présentait donc une fracture spiroïde déplacée, instable de la jambe G pour laquelle il était nécessaire de procéder à un enclouage verrouillé statique. L'intervention s'est déroulée sans difficulté. Les suites post-opératoires furent relativement simples au

début. Les choses se sont compliquées avec la mise en charge sur le MIG puis lors de la reprise de travail. Malgré tout, il était possible que ce patient reprenne une activité professionnelle. Par contre, depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui correspond à peu près à la date du licenciement de Monsieur M. \_\_\_\_\_, aucune activité professionnelle n'a pu être reprise. Les choses semblent s'être nettement aggravées depuis cette date. b) Lors du dernier examen clinique, le status est relativement frustré dans le sens où les cicatrices opératoires sont calmes. Le membre est bien axé, notamment en rotation. Le genou ne présente pas d'épanchement. Fonction complète. Pas de signe de lésion méniscale. La cheville est également sans lésion. Pas d'oedème. Pas de trouble neurologique au niveau du MIG. La fracture est consolidée en bonne position. » Le 15 février 2005, le Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne notamment ce qui suit : « 5) Se plaint d'une douleur constante mais d'intensité variable dans la jambe gauche particulièrement sur sa face externe, également dans le pied gauche. Cette symptomatologie douloureuse semble être liée au temps. Par ailleurs le patient se sent instable à la marche et boite. 6) a. Status après fracture tibia-péroné de la jambe gauche b. examen de la jambe gauche : présence d'une cicatrice à la face antérieure du genou gauche d'environ 7cm chéloïde. Pas de manifestation inflammatoire cutanée, pas d'aspect dystrophique, pas d'épanchement articulaire. Palpation profonde de la région péri rotulienne et de la face externe de la jambe gauche entraîne une douleur nette. L'amplitude de la flexion extension du genou gauche est de 130-0-0°. Comparée à la droite 140-0-0°. Epreuve ligamentaire du genou gauche normale. Cheville et pied douleur à la palpation insistée au niveau malléolaire interne et externe, très discrets oedèmes, température cutanée plus basse qu'à droite. A noter qu'en comparaison avec la jambe droite il semblerait que le patient présente une discrète hypotrophie musculaire. » Il indique avoir établi des certificats d'incapacité de travail de 100% du 5 janvier 2003 au 12 octobre 2003, de 75% du 13 au 26 octobre 2003 et de 50% du 27 octobre au 30 novembre 2003. Il atteste par ailleurs d'une totale incapacité de travail du 20 août au 10 octobre 2003 [recte : 2004]. Dans un courrier du 18 février 2005, complété le 22 du même mois, le Dr G. \_\_\_\_\_ diagnostique ce qui suit: - syndrome fémoro-rotulien douloureux gauche; - ostéoporose de la jambe et du pied gauches; - état après enclouage verrouillé et ablation du matériel d'ostéosynthèse d'une fracture spiroïde du tibia gauche. Il estime qu'un recyclage professionnel peut être envisagé, mais que l'appréciation des capacités sera faussée, tant que l'état n'est pas amélioré. Il préconise le traitement des séquelles de l'accident sous la forme suivante: - tonification isométrique active du quadriceps et application de compex pour électrostimulation, 2 à 4 fois par jour; - médication anti-inflammatoire; - calcium-vitamine D3 pour accélérer l'amélioration de la structure osseuse. L'os porotique supporte moins la charge qui, seule, améliore la structure osseuse. Il conclut que les douleurs au genou ressenties par l'intéressé, peuvent être expliquées sans difficulté par l'introduction très proximale du clou à la limite inférieure de l'articulation du genou, en dehors de la zone portante du plateau tibial, ce qui a apparemment échappé, l'amyotrophie nette et l'ostéoporose démontrant le ménagement prononcé de la jambe gauche et insinuant que le cas n'est pas stabilisé à un niveau acceptable. Le 28 février 2005, le Dr C. \_\_\_\_\_ a confirmé que la capacité de travail de l'assuré était entière, laquelle avait du reste déjà pu être observée avant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et le licenciement de l'intéressé. Il précise en outre que des facteurs non organiques et psychiques influencent indubitablement le processus d'invalidation qui semble s'installer. Dans une notice complémentaire du 11 avril 2005, le Dr C. \_\_\_\_\_ a précisé que la fracture tibiale gauche était consolidée sans séquelle significative et que, sur le plan strictement somatique, le cas pouvait être considéré

comme stabilisé, la seule modification pouvant encore se produire étant une amélioration spontanée de la fonction globale du membre inférieur moyennant les sollicitations physiologiques de la marche et de l'activité physique. Par décision sur opposition du 31 mai 2005, la CNA a confirmé son premier prononcé du 22 décembre 2004, selon lequel les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ne sont pas remplies. Elle a notamment considéré qu'au vu des explications des Drs C.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'incapacité de travail ni d'atteinte à l'intégrité indemnisable. Les Drs L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) ont examiné l'assuré le 22 septembre 2005. Il résulte de leur rapport établi le 7 octobre 2005 notamment ce qui suit : « DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail : • aucun - sans répercussion sur la capacité de travail : • status après fracture diaphysaire des deux os de la jambe G traitée par enclouage verrouillé du tibia (S 82.2) • douleurs chroniques du MIG sans substrat organique démontrable • syndrome rotulien bilatéral • obésité avec BMI à 34 • tabagisme chronique

Appréciation consensuelle du cas Du point de vue somatique , il s'agit d'un assuré âgé de 49 ans, ayant travaillé comme ouvrier dans une fabrique à papier, depuis janvier 1998 jusqu'à novembre 2004, date de son licenciement. En janvier 2003, fait une fracture des deux os de la jambe G à faible énergie. Un enclouage centromédullaire verrouillé du tibia a été effectué. Les sites opératoires ont été marqués par des douleurs de la jambe G dont aucun substrat organique n'a pu être mis en évidence. L'assuré souffre aussi de gonalgies bilatérales sur un syndrome rotulien qui est actuellement en traitement par des séances de tonification musculaire des quadriceps. L'assuré a pu recommencer à travailler dans son travail habituel 9 mois après l'accident, à taux partiel, et à partir du 01.12.2003, à 100%. Il a été arrêté du 20.08.2003 au 10.10.2003, pendant la période où l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et l'arthroscopie du genou G a été effectuée. Le Dr W.\_\_\_\_\_, orthopédiste, lui reconnaît une capacité de travail complète à partir du 11.10.2003. Dans son rapport d'octobre 2004, il lui reconnaît des limitations fonctionnelles sous forme de : pas de position debout prolongée, pas de port de charges lourdes de poids supérieur à 5 kg, tout en décrivant un examen somatique dans la limite de la norme. Le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin traitant, lui reconnaît une incapacité de travail à 50% depuis le 02.03.2005 et une capacité complète à partir du 09.03.2005.

Actuellement, la fracture des deux os de la jambe G est parfaitement guérie avec des axes anatomiques. Les symptômes du syndrome rotulien bilatéral de l'assuré sont exacerbés par l'inactivité de l'assuré. Un traitement sous forme de tonification des quadriceps habituellement donne des bons résultats. Du point de vue psychiatrique , il s'agit d'un assuré âgé de 49 ans, d'origine macédonienne, en Suisse depuis 1977. Au bénéfice d'un diplôme de pâtisser obtenu en Croatie, l'assuré exerce en Suisse des activités non qualifiées, la dernière étant comme sécheur-bobineur à la Cartonnerie de [...]. L'assuré est victime d'un accident avec fracture du genou en janvier 2003, ce qui nécessite une mise à l'arrêt de travail durant 11 mois. Après une reprise progressive, l'assuré peut retravailler à 100% jusqu'à son licenciement pour raisons économiques, le 01.12.2004. L'examen psychiatrique met en évidence un assuré issu d'un milieu socioculturel modeste, au discours fruste et factuel. L'inactivité professionnelle dont il a été l'objet suite à son licenciement en décembre 2004 a motivé une certaine tristesse avec irritabilité qui sont bien compréhensibles mais ne correspondent pas à une atteinte invalidante à la santé, bien au contraire puisque la reprise du travail soulagerait ces symptômes. Il n'y a aucun signe de dépression ni d'autre maladie psychiatrique qui pourrait porter atteinte à sa capacité de travail. Les limitations fonctionnelles : aucune limitation fonctionnelle peut être attribuée à la fracture de jambe de

cet assuré, car il s'agissait d'une fracture simple à faible énergie qui a consolidé en parfaite position. Le syndrome rotulien n'engendre pas non plus des limitations fonctionnelles. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Arrêt de travail à 100% du 05.01.2003 au 12.10.2003. Reprise à 25% le 13.10.2003, reprise à 50% le 27.10.2003, reprise à 100% le 01.12.2003. Arrêt de travail à 100% du 28.08.2004 au 10.10.2004. Reprise à 100% à partir du 11.10.2003. Nouvel arrêt de travail établi par le Dr J. \_\_\_\_\_ à 50% depuis le 02.03.2005 et à 100% à partir du 09.03.2005. L'appréciation somatique au SMR ne met en évidence aucune atteinte à la santé justifiant une diminution de la capacité de travail de l'assuré depuis la consolidation de sa fracture de la jambe au 11.10.2003. Les arrêts de travail consécutifs à cette date ne sont pas médicalement justifiés. Selon le consilium psychiatrique du 07.08.2003 établi par le Dr Q. \_\_\_\_\_, à la Clinique Romande de Réadaptation à Sion, l'assuré ne souffre d'aucune psychopathologie avérée. L'examen actuel au SMR confirme que cet assuré ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Voir supra. Concernant la capacité de travail exigible, à la lumière de l'examen bidisciplinaire de ce jour, la capacité de travail exigible est totale depuis le 11.10.2003. Capacité de travail exigible : dans l'activité habituelle : 100% dans une activité adaptée : 100%. » Par décision du 13 janvier 2006, confirmée sur opposition le 25 octobre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a notamment considéré ce qui suit : « Nous relevons que votre dossier médical est largement documenté. L'assurance-accident, également amenée à intervenir, a procédé à des investigations médicales poussées. Nous vous avons, pour notre part, soumis à un examen clinique bidisciplinaire, orthopédique-psychiatrique, au Service médical régional AI (SMR) en date du 22 septembre 2005. Sur la base de leurs constatations médicales, les médecins du SMR vous reconnaissent une entière capacité de travail, à dater du 11 octobre 2003 [recte : 2004]. En effet, sur le plan somatique, les médecins du SMR concluent à la parfaite guérison de la fracture des deux os de la jambe gauche et à l'exacerbation de vos gonalgies bilatérales sur un syndrome rotulien, par le fait de votre inactivité. Ils relèvent en effet que le traitement spécifique prescrit par le Dr G. \_\_\_\_\_, votre médecin orthopédiste traitant, consistant en la tonification des quadriceps, a donné de bons résultats. Sur la base de ces constatations, ils ne vous reconnaissent aucune limitation fonctionnelle. Le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, aboutit à une conclusion identique, comme le révèle son rapport d'examen final du 21 décembre 2004. Se fondant principalement sur cette appréciation médicale, la SUVA a rendu une première décision vous déniait un droit à des prestations de son assurance, qu'elle a confirmée sur opposition. Nous relevons finalement que les avis émis par le Dr G. \_\_\_\_\_, tout particulièrement l'avis du 22 février 2005, ont été soumis aux médecins du SMR ainsi qu'au Dr C. \_\_\_\_\_, sans que cela n'influe sur leur appréciation. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR dénotent chez vous une certaine tristesse avec irritabilité à mettre en relation avec votre inactivité professionnelle depuis décembre 2004. Toutefois, ils n'ont pas constaté, lors de votre examen clinique, de signe de dépression ou d'autre maladie psychiatrique qui pourraient porter atteinte à votre capacité de travail. Cet examen n'a pas davantage mis en évidence de signe évocateur d'une atteinte psychotique ou d'un grave trouble de la personnalité. Au demeurant, le rapport d'examen du SMR, détaillé, émane de médecins spécialistes. Il repose sur un examen clinique complet, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, fait état de vos plaintes ou remarques, enfin ses conclusions sont dûment motivées. Dès lors, il remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante.

Nous nous rallions dès lors à l'appréciation des médecins du SMR et vous reconnaissons une capacité de travail entière à partir du 11 octobre 2004. Il s'agit encore de déterminer si, avant cette date, vous pouviez éventuellement déjà être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité, limitée dans le temps. Conformément à l'article 29 alinéa 1<sup>er</sup> let. b LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année, sans interruption notable. Correspond à une interruption notable de l'incapacité de travail, l'aptitude de l'assuré à reprendre son activité lucrative durant 30 jours consécutifs au moins (art. 29 RAI). La lecture de votre dossier nous révèle qu'à partir du 5 janvier 2003, date de votre accident, vous avez présenté une incapacité de travail entière. Vous avez repris votre activité professionnelle habituelle à partir du 13 octobre 2003 à 25%, puis à partir du 27 du même mois à 50% et finalement dès le 1<sup>er</sup> décembre 2003 à 100%. Vous avez poursuivi ainsi jusqu'au 20 août 2004, date de votre seconde intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthroscopie du genou gauche). Dès lors, au terme du délai d'attente d'une année susmentionné, soit au 5 janvier 2004, vous aviez déjà repris votre activité professionnelle à 100% - depuis plus de 30 jours -. Vous n'avez à ce moment pas pu constituer votre délai d'attente. Vous n'avez pas davantage pu le constituer ultérieurement puisque, au moment de subir votre seconde intervention chirurgicale, vous avez fait repartir un nouveau délai d'attente, qui a cessé de s'écouler au 11 octobre 2004, date à partir de laquelle une entière capacité de travail vous est reconnue. Compte tenu de tout ce qui précède, c'est de manière parfaitement justifiée qu'aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne vous a été reconnu. En conclusion, les arguments que vous faites valoir dans votre opposition ne peuvent être suivis et la décision querellée du 13 janvier 2006 doit être intégralement confirmée. » B. Par acte du 2 novembre 2007, M. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, subsidiairement dès la date que justice dira. Il a en outre requis la suspension de la cause jusqu'à réception de l'arrêt du Tribunal fédéral à intervenir suite au recours interjeté contre le jugement rendu le 6 juin 2007 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans la cause opposant le recourant à la CNA et confirmant la décision sur opposition rendue par cette dernière le 31 mai 2005. Il a produit un rapport du 8 juin 2006 des Drs K. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ du Secteur psychiatrique nord, qui indiquent notamment ce qui suit : « Sur le plan clinique, l'évaluation psychiatrique initiale en août 2005 révélait une symptomatologie dépressive franche. Le Dr Z. \_\_\_\_\_, au terme du premier entretien, concluait à un épisode dépressif moyen. Dès le début de notre prise en charge en octobre 2005, nous observons une symptomatologie dépressive importante, se marquant par un fort abaissement de l'humeur, des idées suicidaires occasionnelles, une tension et une instabilité importante, des troubles de la mémoire et de la concentration, une perturbation du sommeil et une baisse de l'appétit. Des symptômes anxieux sont également récurrents. Sur le plan diagnostique, les critères de la classification internationale des troubles mentaux (CIM 10) nous permettent de retenir un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, confirmant l'hypothèse diagnostiquée initiale du Dr Z. \_\_\_\_\_. [...] En conclusion, nous estimons que Monsieur M. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble de l'humeur qui justifie actuellement une incapacité de travail totale. Le service médical régional de l'Al sur lequel s'appuie la décision de l'Office Al conclut quant à lui à l'absence de trouble psychiatrique et est donc en contradiction complète avec notre observation. » Le recourant a également produit une attestation du 16

novembre 2006 du Centre clinique de [...] qui mentionne que des douleurs sont ressenties lors de la palpation dans la cheville, que les expertises de laboratoires sont normales et qu'il est prescrit une thérapie analgésique et physique. Par arrêt du 22 octobre 2008, le Tribunal fédéral a confirmé le jugement du 6 juin 2007 du Tribunal des assurances. Il a notamment considéré que les constatations du Dr C.\_\_\_\_\_, ainsi que celles des médecins du SMR, revêtaient une valeur probante suffisante pour statuer sur le litige et primaient celles du Dr G.\_\_\_\_\_. La cause a été reprise et les parties se sont déterminées sur cet arrêt. Le dossier de l'assurance-accidents a été produit. En cours de procédure, une expertise psychiatrique a été ordonnée. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport établi le 20 avril 2011. Il a joint à celui-ci le rapport établi le 12 avril 2011 par la psychologue BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie, laquelle expose que l'examen neuropsychologique met en évidence une dysfonction exécutive sévère, avec un ralentissement important, un manque d'incitation, des difficultés d'inhibition et de programmation; des troubles mnésiques épisodiques antérogrades sévères; la préservation des fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies visuelles) et des capacités de raisonnement sur matériel visuo-spatial; des acquisitions scolaires (lecture, écriture, calcul) limitées. Elle estime que le tableau est compatible avec un état dépressif, qui empêche le patient de mobiliser ses ressources cognitives dans les tests qui demandent un effort cognitif accru, la capacité de travail étant nulle en économie libre et la situation devant être réévaluée sur le plan neuropsychologique en cas d'amélioration des troubles thymiques. L'expert S.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants: - Episode dépressif moyen avec syndrome somatique F32. 11. - Probable personnalité à traits anxieux-évitants Z73.1 - Modification durable de la personnalité dans le cadre d'un syndrome algique chronique et après une perte narcissique majeure F62.8 Il mentionne notamment ce qui suit : « 6. Discussion a) Monsieur M.\_\_\_\_\_ présente une symptomatologie psychiatrique qui répond aux critères d'un épisode dépressif selon la CIM-10. En effet, on retrouve l'humeur dépressive constante, la perte de l'énergie vitale, la diminution de l'intérêt et du plaisir, l'augmentation de la fatigabilité, une diminution objectivée de l'attention et des troubles de la mémoire, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir et une légère perturbation du sommeil. Ces critères, dont le nombre permettrait de diagnostiquer un épisode dépressif de degré sévère, nous paraissent cependant d'une intensité insuffisamment grave pour justifier le qualificatif sévère, soit le degré de dépression le plus important selon la CIM-10. Nous retenons donc un degré moyen. Ce diagnostic implique dans ce cas néanmoins une incapacité de travail complète, ce qui est compatible avec la CIM- 10 qui dit que: « Un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes de mener à bien les activités professionnelles, sociales et ménagères ». b) D'autre part, il nous paraît approprié d'attribuer un diagnostic de personnalité à traits anxieux-évitants à l'expertisé sur la base de son anxiété permanente mise en évidence par tous les psychiatres, anxiété combattue par des comportements peu efficaces d'évitement. Relevons à ce sujet que Monsieur M.\_\_\_\_\_ avait déjà peu de liens sociaux en dehors de sa famille avant son accident. Il semble craindre la confrontation et craint l'échec. Pour être qualifié de trouble de la personnalité, ce comportement doit cependant être profondément enraciné et durable, apparu dès l'adolescence ou l'âge de jeune adulte, ce qui n'a pas pu être vérifié dans ce cas. Nous diagnostiquons donc une probable personnalité à traits anxieux-évitants. c) Enfin, nous sommes de l'avis que le comportement défensif, la faible tolérance aux facteurs de stress et aux stimuli de l'environnement, la position de victime dépassée par les événements et incapable de réagir correspond chez cet expertisé à une

modification durable de la personnalité. » L'expert en conclut que dans l'état dépressif chronique actuel et sous l'influence d'une modification durable de la personnalité chez cette personne anxieuse par nature, tenant compte d'autre part de l'observation neuropsychologique objective qui met actuellement en évidence des déficits cognitifs sévères, il y a lieu de constater que le recourant est en incapacité de travail totale. Il ajoute que l'état dépressif du recourant mériterait sans aucun doute une reprise du traitement antidépressif et un soutien psycho-social, mais qu'il ne lui paraît pas probable qu'un tel traitement améliore de manière suffisante la mobilisation des ressources résiduelles de l'expertisé pour déboucher sur une capacité de travail exploitable dans un circuit non protégé. Il estime le début de l'incapacité de travail à août 2005. Dans sa détermination du 12 mai 2011, le recourant relève que la date retenue par l'expert pour le début de l'incapacité de travail totale pour raisons psychiatriques et neuropsychologiques est le 1<sup>er</sup> août 2005, mais qu'il pourrait y avoir eu avant cette date un reste d'incapacité de travail pour des raisons somatiques, les droits du recourant étant réservés, d'autant qu'il n'y a pas eu de mesure de réhabilitation et de réinsertion professionnelle depuis 2004. Le 30 mai 2011, l'OAI a produit un avis médical des Drs T.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, selon lequel il n'y a pas de motif de s'écarter des conclusions de l'expert. L'OAI a dès lors proposé d'examiner le droit à une rente sur la base d'une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> août 2005 pour des raisons psychiatriques. E n d r o i t : 1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité. 2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. b) En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une

appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA U 298/03 du 30 décembre 2004 ; ATF 126 V 288, consid. 2d ; VSI 2004 p. 185, consid. 3; RAMA 2001 n° U 410 p. 73 s., consid. 3 et 2000 n° U 406 p. 402 s., consid. 3). 3. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1 ; 125 V 351, consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est, parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376, consid. 6.2, 123 V 175, consid. 4b et 122 V 157, consid. 1c ; TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). 4. a) Sur le plan somatique, il résulte du dossier que le recourant ne subit pas d'autres atteintes à la santé que celles prises en compte par la CNA, laquelle a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle du recourant, ce qui a été confirmé par le Tribunal des assurances du canton de Vaud puis par le Tribunal Fédéral, qui a considéré que tant les conclusions du Dr

C. \_\_\_\_\_ que celles des médecins du SMR avaient valeur probante. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a en effet exposé, notamment dans son rapport du 28 février 2005, en se fondant sur l'examen radiologique effectué par le Dr V. \_\_\_\_\_ (rapport du 21 décembre 2004), qu'il ne subsistait pas de limitation fonctionnelle articulaire significative du genou ni de la cheville et que les radiographies montraient clairement la consolidation de la fracture. Il a relevé en outre que l'atrophie osseuse distale ne revêt en l'occurrence aucun caractère pathologique spécifique. Il a conclu à une pleine capacité de travail exigible sur le plan purement somatique et médico-théorique. Le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR arrive à la même conclusion et ne retient plus d'incapacité de travail dès le 11 octobre 2003 [recte 2004]. Quant au rapport du 16 novembre 2006 du centre clinique de [...], il n'apporte pas d'élément médical nouveau. Il résulte du dossier qu'avant cette date, le recourant s'est trouvé en incapacité de travail dès la date de son accident, le 5 janvier 2003, jusqu'au 13 octobre 2003, date à laquelle il a recommencé à travailler à 25%, augmentant par la suite son taux d'activité à 50% dès le 27 octobre 2003, puis à 100% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2003. Le recourant a ainsi repris à plein temps son activité habituelle jusqu'au 28 août 2004, date à laquelle l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été pratiquée, le recourant s'étant alors retrouvé à l'arrêt de travail du 28 août au 10 octobre 2004. Sur le plan somatique, le recourant n'ayant ainsi pas subi d'incapacité de travail de façon continue pendant un an au moins, le droit à la rente n'est pas ouvert. b) Sur le plan psychiatrique, l'expert conclut à une incapacité de travail totale depuis août 2005 dans un circuit non protégé. Les conclusions de l'expert ne sont pas contestées par les parties. Son rapport d'expertise comporte une anamnèse, ainsi que la description des plaintes du recourant. Il est fondé sur l'entier du dossier et l'analyse du cas du recourant est approfondie et complète. L'expert a en outre fait appel à une psychologue, qui a établi un rapport d'examen neuropsychologique circonstancié. Il a en particulier exposé de manière convaincante les motifs pour lesquels il s'écartait des constatations de la Dresse N. \_\_\_\_\_. Exempte de contradictions, cette expertise n'est par ailleurs mise en doute par aucun autre rapport médical. Claires et bien étayées, ses conclusions doivent donc être suivies. Il y a dès lors lieu de retenir une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique dès le mois d'août 2005. 5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée au recourant dès le 1<sup>er</sup> août 2006 (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure. c) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 25 octobre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à M. \_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> août 2006. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr.

(deux mille francs) à titre de dépens. IV. Le présent arrêt est rendu sans frais. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour M. \_\_\_\_\_), ■ 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.