

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 416 vom 29. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__416

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 416 du 29 mars 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 416 del 29 marzo 2011

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, SUREXPERTISE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 28 LAI, 29 al. 1 LAI, 61 let. c LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.03.2011 Arrêt / 2011 / 416

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, SUREXPERTISE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 28 LAI, 29 al. 1 LAI, 61 let. c LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 529/07 - 153/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 29 mars 2011

Présidence de M. Métral Juges : MM. Neu et Dind
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer ***** Cause pendante entre : A. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 61 let. c LPGA, 28 LAI et 29 al. 1 LAI

E n f a i t : A. A. _____, né en 1957, travaillait comme monteur en paratonnerres pour l'entreprise [...] SA. Le 18 novembre 2004, il s'est blessé à l'épaule droite lors d'un accident de travail. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris en charge les suites immédiates de cet événement. Un examen IRM pratiqué le 14 janvier 2005 a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux avec une lésion partielle et une arthropathie acromio-claviculaire marquée très réactionnelle. Selon le Dr [...], chirurgien orthopédique consulté par l'assuré le 17 janvier 2005, le tableau clinique était essentiellement dominé par l'arthropathie, alors que la lésion partielle du sus-épineux n'avait pas de retentissement clinique. Le médecin traitant de l'assuré, le Dr [...], a attesté l'incapacité de travail totale de son patient à compter du 25 novembre 2004. A la suite d'un examen clinique pratiqué le 3 mars 2005, le Dr H. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que l'épaule droite de l'assuré semblait largement remise, bien que ce dernier n'utilisât pratiquement pas son membre supérieur droit, qu'il avait tendance à maintenir au corps dans une attitude de protection. L'assuré a séjourné à la Clinique [...] du 30 mars au 26 avril 2005, en raison de douleurs persistantes à l'épaule droite. Dans un rapport du 21 juin 2005, les Drs R. _____, rhumatologue, et F. _____, médecin assistant, ont constaté que le séjour n'avait pas permis d'atténuer les douleurs de l'intéressé,

qui avaient constitué un obstacle majeur à la progression fonctionnelle. Ces douleurs étaient qualifiées d'« extrêmement intenses par rapport au caractère peu sérieux des lésions mises en évidence ». Les praticiens ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles, de douleur et limitation fonctionnelle de l'épaule droite, d'arthrose acromio-claviculaire droite, de tendinopathie des muscles supra- et infra-épineux de l'épaule droite, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Sur ce dernier point, ils se référaient à un examen psychiatrique pratiqué par le Dr S. _____, psychiatre et psychothérapeute, le 8 avril 2005. Ce médecin a toutefois précisé, dans un rapport du 28 avril 2005, que l'affection psychique constatée n'entraînait pas d'incapacité de travail. Pour les Drs R. _____ et F. _____, par ailleurs, les lésions constatées étaient compatibles avec une capacité de travail dans une activité sans port de charges lourdes ni mouvement des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, mais une reprise à but thérapeutique semblait impossible au vu des plaintes douloureuses. Le Dr H. _____ a procédé à un nouvel examen le 19 juillet 2005 et observé que l'assuré persistait à ne pas utiliser son membre supérieur droit. L'examen clinique était dominé par une forte auto-limitation et une attitude de protection qui ne permettait pas de rechercher les signes d'une affection orthopédique spécifique de l'épaule. Compte tenu des examens pratiqués précédemment, alors que l'intéressé se laissait encore examiner, le Dr H. _____ a considéré que celui-ci disposait d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité légère, sans mouvement au-dessus de la ligne des épaules, du moins pour les seules séquelles organiques de l'accident du 18 novembre 2004. Le 29 juin 2005, l'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail avec effet au 31 août 2005. Par décision du 29 mars 2006 et décision sur opposition du 26 mai 2006, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité de 5'340 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 5% et a mis fin au paiement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical, avec effet dès le 30 avril 2006 au soir. Elle a refusé d'allouer une rente pour la période postérieure. B. Entre-temps, A. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 27 juin 2005. Le 4 décembre 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) lui a notifié un projet de refus de rente pour le motif qu'il ne subissait pas de préjudice économique, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. L'assuré a contesté ce projet de décision en alléguant se soumettre depuis quelque temps à un traitement psychiatrique. L'OAI a réuni plusieurs documents médicaux, dont il ressort notamment que l'intéressé a été adressé par son médecin traitant au département de psychiatrie du Centre H. _____. Dans un rapport du 17 janvier 2007, les Drs K. _____ et B. _____ ont exposé avoir vu l'assuré en consultation les 14 et 21 décembre 2006, ainsi que le 9 janvier 2007. Ils ont posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique, ainsi que de trouble somatoforme douloureux. L'état dépressif était caractérisé par un désinvestissement quasi total de l'intéressé par rapport au monde extérieur, y compris vis-à-vis de son épouse et de son fils. Un état de stress post-traumatique ne pouvait être exclu. Pour sa part, le Dr I. _____, médecin au département de psychiatrie du Centre H. _____, a examiné l'assuré le 31 janvier 2007 et considéré, dans un rapport du 2 mars suivant, que ce dernier présentait effectivement un état de stress post-traumatique. L'OAI a mandaté le Dr Z. _____ pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Le 19 octobre 2007, il a reproché à l'assuré de ne pas s'être rendu à deux convocations de ce médecin, les 6 juin et 5 juillet 2007, et de n'avoir pas donné suite à un courrier qui lui avait été adressé le 10 juillet 2007. L'OAI sommait par conséquent l'intéressé de reprendre contact en vue de se soumettre à l'expertise, en l'informant qu'à

défaut, il statuerait en l'état du dossier, ce qui pouvait conduire au rejet de la demande de prestations. Sans réponse de l'assuré, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité le 12 novembre 2007. C. A. _____ a recouru contre cette décision par acte du 13 décembre 2007, complété le 9 mai 2008, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité. A titre de mesure d'instruction, il demande la mise en œuvre, « au besoin », d'une expertise psychiatrique. A l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport du 29 avril 2008 des Drs [...] et [...] du département de psychiatrie du Centre H. _____. Selon ces derniers, il présentait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, un probable retard mental, ainsi que des troubles somatoformes. Ils ont par ailleurs indiqué que l'assuré était incapable de gérer son courrier et qu'il s'en était remis à son épouse pour cela ; cette dernière, voulant le protéger de toute situation stressante et n'ayant vraisemblablement pas compris les enjeux des rendez-vous fixés, n'avait pas transmis à son mari les convocations du Dr Z. _____ ni le courrier du 10 juillet 2007 de l'OAI. Dans son écriture du 15 juillet 2008, l'intimé a proposé d'admettre la requête d'expertise judiciaire présentée par le recourant. D. Le juge instructeur a mandaté le Dr V. _____, psychiatre et psychothérapeute, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 13 juillet 2009, ce dernier a constaté que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychique de nature à entraver sa capacité de travail. Il a précisé qu'un éventuel retard mental léger, à supposer qu'il fût établi, n'entraînerait aucune incapacité de travail. En réalité, selon l'expert, l'assuré ne présentait aucun trouble psychiatrique, mais plutôt « une particularité que l'on peut nommer assécurologie (c'est le mieux), pathomimique, pour devenir malade dans le but d'obtenir un bénéfice, etc., sinistrose avec exigence et revendication d'être indemnisé, etc. ». Par écriture du 27 août 2009, le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise établie par le Dr V. _____ et requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Pour sa part, l'intimé a conclu, le 7 septembre 2009, au rejet du recours sur la base de l'expertise judiciaire au dossier. Le juge instructeur a donné suite à la demande du recourant d'établir une nouvelle expertise psychiatrique et a confié à la Dresse C. _____, psychiatre et psychothérapeute, le soin d'y procéder. Dans un rapport du 19 janvier 2010, cette dernière a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques, et de probable modification durable de la personnalité. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis la fin de l'année 2006 au moins, principalement en raison de l'état dépressif de l'assuré. Chacune des parties a pu se déterminer sur les nouvelles preuves au dossier. L'intimé a produit un avis établi le 17 février 2010 par le Service médical régional AI (ci-après : SMR) et maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Cet avis a été communiqué au recourant pour information. E n d r o i t : 1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) 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. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. L'intimé a statué en l'état du dossier, en raison d'un défaut de collaboration de l'assuré, et considéré que les pièces dont

il disposait ne permettaient pas de tenir pour établies les conditions de l'ouverture du droit à la rente. Compte tenu des explications fournies par le recourant pour justifier son absence de réaction à plusieurs convocations et injonctions, l'OAI semble admettre aujourd'hui que l'assuré n'avait pas volontairement refusé de collaborer ; plutôt que de proposer au tribunal de lui renvoyer la cause pour reprendre l'instruction, l'OAI a toutefois appuyé la demande du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le tribunal y a donné suite. Il ne s'agit donc plus, dans la présente procédure, de statuer sur les seules pièces dont disposait l'intimé lorsqu'il a rendu la décision litigieuse. Cela étant précisé, il n'en reste pas moins que seule la question du droit à la rente jusqu'au moment de cette décision est litigieuse. Dans ce contexte, les nouvelles pièces au dossier ne sont pertinentes dans la présente procédure que dans la mesure où elles permettent de statuer sur le droit à la rente jusqu'au 12 novembre 2007.

3. a) En cas de changement de règles de droit matériel, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 ; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010 consid. 5) ; par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 366 consid. 1b ; TF 9C_967/2009 du 2 juin 2010 consid. 3.1).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (RO 2003 p. 3844), applicable en l'espèce, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007 (RO 2002 p. 3406), au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

c) Pour évaluer l'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3844], en corrélation avec l'art. 16 LPG).

4. a) L'intimé considère que le recourant dispose encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Bien qu'il n'ait pas décrit plus précisément ce qu'il entendait par une telle activité, on doit admettre qu'il se réfère, sur ce point, à la capacité de travail reconnue par la CNA eu égard aux seules atteintes à la santé physiques du recourant. Il s'agit donc d'une activité légère, ne nécessitant pas de mouvements au-dessus de la ligne des épaules (cf. décision sur opposition du 26 mai 2006 de la CNA ; rapport du 19 juillet 2005 du Dr H. _____). A juste titre, le recourant ne conteste pas disposer d'une telle capacité de travail résiduelle d'un point de vue strictement somatique. Il allègue en revanche souffrir d'atteintes à la santé psychique qui le rendent totalement incapable d'exploiter cette capacité résiduelle de travail. Sur ce point, le recourant accorde une pleine valeur probante à l'expertise réalisée par la Dresse C. _____ et dénie toute valeur à celle établie par le Dr V. _____. A l'inverse, l'intimé estime qu'il convient de se fonder sur l'expertise du Dr V. _____ pour statuer.

b) Selon le principe de la libre appréciation des

preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_700/2010 du 10 décembre 2010 consid. 3.3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). D'un point de vue formel, on doit attendre du médecin invité à rédiger un rapport après avoir examiné un assuré, qu'il s'exprime de façon neutre et circonstanciée, en s'appuyant sur des constatations d'ordre médical plutôt que sur des jugements de valeur. Le médecin fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur l'un ou l'autre sujet. Ses déterminations seront rédigées de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références citées ; TF I 626/05 du 7 novembre 2006 consid. 3.2.2 ; TF I 671/02 du 26 juin 2003 consid. 5.2). c) En l'espèce, les deux expertises judiciaires figurant au dossier prêtent le flanc à la critique, pour des raisons différentes. Comme on le verra ci-après (consid. 4d), elles permettent néanmoins de statuer sur le litige soumis au tribunal, sans qu'une nouvelle expertise soit nécessaire. aa) L'expertise réalisée par le Dr V._____ laisse perplexe et aurait dû être rédigée avec davantage de retenue. Cela vaut en particulier dans la présentation de l'anamnèse. A ce stade de l'expertise, le fait que le Dr V._____ n'a pas été convaincu par plusieurs allégations de l'assuré ou par d'autres rapports médicaux au dossier, dont il cite des extraits, ne justifiait pas qu'il marque son scepticisme par de nombreux points d'exclamation ou d'interrogation, par des guillemets ou en soulignant divers termes utilisés par ses collègues pour mettre en évidence une forme de désapprobation, ou encore en adjoignant des commentaires entre parenthèses (par exemple : « Dans la " discussion ", le Dr K._____ et le Dr B._____, reprennent la psychopathologie " proposée " par M. A._____ (?), puis, estiment que le tableau clinique est sévère et le risque d'évolution vers un état dépressif plus mélancoliforme et/ou vers le développement des symptômes psychotiques accompagnateurs (N.B : heureusement que le patient ne les a pas entendus ?). Pour ces deux médecins, il faut "noter encore que l'angoisse associée (aux symptômes psychotiques ?) paraît être de nature psychotique ; elle touche à l'intégrité corporelle, la crainte d'amputation évoquant le morcellement, voire même l'anéantissement (?)" (N.B. : c'est vraiment excessif, trop excessif) ». Le cas échéant, l'expert devait exprimer ses doutes relatifs à certaines allégations de l'assuré ou constatations effectuées par des médecins consultés antérieurement en les exprimant non pas dans l'anamnèse, mais dans la partie « discussion » de l'expertise, et surtout en restant factuel, sans faire preuve d'ironie. Le rapport aurait revêtu plus de valeur probante si

l'expert s'était exprimé avec la distance critique que l'on attendait, démontrant avoir pris le recul nécessaire par rapport à l'empathie ou, au contraire, à l'agacement que pouvaient susciter la personne assurée ou certains avis médicaux figurant au dossier. Les observations orientées, le ton cassant et les jugements de valeur exprimés dans l'expertise nécessitent de la prendre avec beaucoup de prudence. Cela vaut en particulier en ce qui concerne les constatations relatives à l'absence de gravité de l'épisode dépressif traversé par l'assuré. A ce propos, l'expert dresse une liste de symptômes qui devraient conduire au diagnostic d'épisode dépressif sévère, pour exposer ensuite lapidairement : « Il est évident, en considération de cette nombreuse série de symptômes, [...], que M. A. _____ ne souffre pas d'un trouble dépressif majeur ou d'un épisode dépressif sévère ». Pour être convainquant sur ce point, l'expert aurait dû mieux marquer cette évidence, en se référant à des points précis de l'anamnèse ou à des observations mentionnées précédemment dans son rapport.

bb) L'expertise réalisée par la Dresse C. _____ est rédigée de manière beaucoup plus rigoureuse et systématique que celle établie par le Dr V. _____. Elle revêt indéniablement une valeur probante supérieure. Cela dit, on doit s'étonner de la manière dont la Dresse C. _____ reprend, sans les mettre en doute dans la discussion, les allégations de l'assuré relatives à la gravité de l'accident dont il a été victime, ainsi qu'à la peur de mourir qu'il a pu éprouver. A cet égard, l'expert indique : « Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique retenu en mars 2007 par son psychiatre puis abandonné une année plus tard, on peut faire l'hypothèse que ce diagnostic ait évolué vers une modification durable de la personnalité. M. A. _____ évoque son accident en novembre 2004 comme catastrophique, avec la peur de mourir et avoir perdu depuis lors ses repères. La période séparant la survenue du traumatisme et celle de l'état de stress post-traumatique peut être de quelques mois (rarement plus de 6 mois) et cet intervalle peut expliquer que ce diagnostic n'ait pas été retenu par le Dr. S. _____ en mars-avril 2005 ». En réalité, les pièces au dossier ne permettent pas de considérer que l'accident subi en novembre 2004 aurait été impressionnant, ni que l'assuré aurait craint pour sa vie. Lors d'un entretien avec un inspecteur de la CNA, le 21 février 2005, l'assuré a décrit l'accident comme suit : « Le 18 novembre 2004, je me trouvais sur un chantier à Fribourg. Sur l'échafaudage, je devais passer à l'étage inférieur. J'ai profité d'un trou dans la construction pour descendre. Je me suis engagé avec le corps puis je me suis laissé glisser en me retenant avec la main droite. Alors que j'étais avec le bras droit tendu au-dessus de moi, il me manquait encore environ 1 mètre pour toucher le plateau inférieur. Je me suis simplement laissé tomber. J'ai manqué ma réception et j'ai perdu l'équilibre, basculant sur le côté droit. Je suis alors tombé sur l'échafaudage, directement sur l'épaule droite ». Ce n'est que plus de deux ans après l'accident que l'on trouve exposées, pour la première fois, dans un rapport du 17 janvier 2007 des Drs K. _____ et B. _____, les allégations de l'assuré relatives aux craintes qu'il aurait pu avoir pour sa vie : « M. A. _____ a eu un accident sur son lieu de travail à la fin de l'année 2004. Il travaillait sur un échafaudage et a souhaité descendre d'un étage, sans passer par les escaliers prévus à cet effet. Il est descendu en se tenant à la barre métallique verticale reliant deux étages d'échafaudages. Il a failli tomber au sol mais a pu rester suspendu en se tenant à la barre avec son bras et finalement "atterrir" à l'étage souhaité. La tension sur le bras a néanmoins provoqué une importante douleur à l'épaule droite, apparue quelques jours plus tard. M. A. _____ pense qu'une chute à terre l'aurait tué ». Au regard de son caractère tardif et des premières déclarations de l'assuré, cette version des faits ne peut pas être retenue (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a). Elle semble pourtant avoir été prise en considération – sans réelle mise en doute – par les Drs

K._____, B._____, I._____ (cf. rapport du 2 mars 2007) et C._____. Dans ce contexte, on peut se demander également si les allégations de l'assuré relatives aux troubles du sommeil et aux cauchemars en lien avec son accident, ainsi qu'aux angoisses qui le poussent à éviter les chantiers lorsqu'il sort avec son épouse, n'auraient pas mérité d'être quelque peu relativisées dans le cadre d'une expertise. On doit également s'interroger sur l'absence de contrôle de la compliance médicamenteuse, eu égard à la sévérité des symptômes décrits et aux doutes que l'on peut nourrir sur leur caractère effectif. Quoi qu'il en soit, il n'y pas lieu de tirer de conclusions définitives relatives aux diagnostics posés par l'expert et à l'incapacité de travail qu'elle atteste. En tout état de cause, en effet, le recours doit être rejeté, pour les motifs suivants. d) La Dresse C._____ atteste un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive qui a évolué vers un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Elle rappelle que le médecin traitant de l'assuré a décrit une péjoration progressive de l'état de santé. Il évoquait un état dépressif en mars 2006 et le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique a été posé en décembre 2006. Par la suite, l'assuré a développé des symptômes psychotiques. A la question « la capacité de travail est-elle diminuée depuis quand et dans quelle mesure ? », l'expert C._____ répond : « Au vu de l'observation clinique, des informations obtenues par l'assuré, son épouse, son médecin traitant et son psychiatre, et à la lecture du dossier mis à ma disposition, on peut estimer que la capacité de travail est diminuée de manière significative depuis fin 2006, et ceci dans une quelconque activité. Depuis lors, il a présenté une péjoration de son état, sans relèvement de l'humeur ». La Dresse C._____ attribue essentiellement l'incapacité de travail qu'elle atteste à la gravité du trouble dépressif présenté par le recourant. A supposer que l'on reconnaisse une pleine valeur probante à ses constatations sur ce point, elles ne permettent pas de retenir une incapacité de travail antérieurement au mois de décembre 2006. A cet égard, on observera qu'en avril 2005, le Dr S._____ avait constaté « quelques signes dépressifs modérés », en précisant qu'ils n'entraînaient aucune incapacité de travail. Il n'est pas exclu que le recourant ait ensuite progressivement subi une péjoration de son état de santé psychique, comme semblent l'indiquer plusieurs rapports de son médecin traitant, au point de présenter effectivement, dès le mois de décembre 2006, un épisode dépressif sévère avec des répercussions sur sa capacité de travail, comme l'atteste la Dresse C._____. Dans le même sens, le trouble de l'adaptation constaté par le Dr S._____ peut avoir évolué vers une modification durable de la personnalité. En tout état de cause, les pièces au dossier ne permettent pas de tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant avait présenté à la date de la décision litigieuse (12 novembre 2007), une incapacité de gain durable de 40% au moins ou une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (cf. art. 29 al. 1 LAI). Ce constat entraîne le rejet des conclusions du recourant. 5. L'intimé n'a pas statué sur le droit aux prestations pour la période postérieure au 12 novembre 2007. Les allégations du recourant dans la présente procédure, ainsi que les documents médicaux qu'il a produits et les expertises réalisées par les Drs V._____ et C._____ justifient néanmoins de considérer que l'OAI est valablement saisi d'une nouvelle demande. Sans statuer définitivement sur la question, la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA paraît une mesure d'instruction adéquate, compte tenu des observations figurant au consid. 4c du présent jugement. 6. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. S'agissant du droit aux prestations pour la période postérieure au 12 novembre 2007, la cause sera transmise à l'OAI comme objet de sa compétence. Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr.

et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 12 novembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant A._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. En ce qui concerne le droit aux prestations pour la période postérieure à la décision administrative litigieuse, la cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud comme objet de sa compétence. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Marie Agier, avocat (pour A._____), ■ 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.