

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 346 vom 2. Juli 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-07-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2013\\_\\_346](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__346)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 346 du 2 juillet 2013

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2013 / 346 del 2 luglio 2013

### Regeste

NULLITÉ, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, ACTION EN CONSTATATION, DÉLAI DE RECOURS, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ | 28 LAI, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

### Erwägungen

#### E. 2

juillet 2013 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard Greffier : M. Bohrer \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Q. \_\_\_\_\_, à [...], 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, 49 al. 3, 61 let. c LPGA ; 28 LAI, 87 al. 2 et 3 RAI En fait : A. Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), d'origine tunisienne, née en juin 1977, marié et sans enfant, a déposé le 8 août 2007 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Il a indiqué avoir travaillé notamment comme chauffeur-livreur et comme magasinier et a requis l'octroi de prestations de reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement l'octroi d'une rente. Dans le cadre de sa demande, l'assuré a précisé être en incapacité de travail sans discontinuer suite à un accident survenu le 7 septembre 2006, accident dont la prise en charge avait été demandée à la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_ (ci-après : Caisse accidents A. \_\_\_\_\_). Il a déclaré que ses lésions avaient consisté en un pneumothorax droit ainsi qu'en diverses fractures (coude et poignet droit, quelques côtes à droite ainsi que l'aile iliaque droite) et qu'il souffrait depuis lors de troubles anxieux et dépressifs ainsi que d'un état de stress post-traumatique. Il ressort des pièces du dossier que le véhicule de l'assuré avait été percuté par un camion et traîné sur une cinquantaine de mètres avant de percuter un autre véhicule. L'assuré avait été transporté en ambulance au Centre médical I. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre médical I. \_\_\_\_\_). Dans un questionnaire adressé par l'OAI à la société E. \_\_\_\_\_ SA, employeur de l'assuré au moment de l'accident, cette dernière a répondu le 11 septembre 2007 que le contrat de travail conclu entre les parties avait été résilié le 23 mars 2007 (avec effet au 30 avril suivant). Cette entreprise a déclaré que le salaire de son ex-employé était de 20 fr. 95 de l'heure avec un horaire de travail de 42 heures par semaine et que son activité consistait à charger et décharger des camions dans son dépôt de [...] ce qui nécessitait de soulever, respectivement porter, au maximum 30,5 kg, 100 à 200 fois par jour. Dans un rapport médical du 19 septembre 2006, le Prof. P. \_\_\_\_\_ ainsi que les Drs L. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du Centre médical I. \_\_\_\_\_, ont posé comme principaux

diagnostics ceux de pneumothorax droit drainé, de contusion pulmonaire minime, de fracture de la côte cervicale droite, de fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de plaie du conduit auditif externe droit et de fracture du coude droit. Comme diagnostic secondaire, il est mentionné une décompensation psychotique. Dans le cadre de leur discussion du cas, les médecins susmentionnés ont indiqué notamment que, sur le plan thoracique, les suites étaient simples avec retrait du drain thoracique au 3<sup>ème</sup> jour, que le RX du thorax de contrôle montrait un bon accollement pleuro-parenchymateux, que sur le plan orthopédique l'assuré bénéficiait d'un traitement de son coude droit par plâtre brachio-anti-brachio-palmaire pendant 4 à 6 semaines et que les examens neurologique, rachidien, abdominal et des autres membres étaient sans particularité. Dans un rapport du 19 juillet 2007, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_, a apprécié le cas de l'assuré en ces termes : "(...) Les fractures ont été traitées conservativement. L'évolution actuelle est marquée par la persistance de quelques douleurs post-fracturaires sur lesquelles semblent se greffer un état de stress post-traumatique. A l'examen de ce jour, outre la persistance de quelques douleurs post-fracturaires du coude, des côtes et du bassin, l'assuré signale encore quelques cauchemars liés à l'accident. Il est encore tributaire d'une canne pour les déplacements extérieurs et on relève un léger déficit de la fonction articulaire du coude droit où l'on palpe quelques indurations correspondant à des corps étrangers au pourtour de l'épicondyle. Dans l'état, un séjour de réadaptation à la Clinique O. \_\_\_\_\_ nous paraît indiqué. Le séjour aura principalement pour objectif d'améliorer les douleurs et d'améliorer la marche pour sevrer cet assuré de sa canne. On pourra également effectuer l'évaluation psychiatrique souhaitée par son médecin-traitant dans le contexte de l'état de stress post-traumatique évoqué. (...)" L'assuré a séjourné à la Clinique O. \_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique O. \_\_\_\_\_) du 29 août au 7 septembre 2007. Ce séjour a fait l'objet d'un rapport du 21 septembre 2007, établi par les Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et Y. \_\_\_\_\_, médecin au service de réadaptation générale. Ces praticiens ont posé les diagnostics suivants : " DIAGNOSTIC PRIMAIRE - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) DIAGNOSTICS SECONDAIRES - AVP le 07.09.2006 avec : o Pneumothorax droit drainé (T 91.4 ; Z 98.8) o Contusion pulmonaire minime (T 91.4) o Fracture de côte cervicale à droite (T 91.2) o Fracture et arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à droite (T 91.2) o Fracture de l'aile iliaque droite (T 91.2) o Fracture peu déplacée de l'épicondyle de l'humérus droit (T 92.1) o Plaie du conduit auditif externe droit (T 90.0) CO-MORBIDITES - Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante (F 43.23) de type post-traumatique. Dans le cadre de leur appréciation et discussion du cas, ces médecins se sont exprimés en ces termes : "A l'entrée, M. Q. \_\_\_\_\_ utilise toujours une canne pour les longues distances. Il se dit gêné par les douleurs de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, apparaissant à la mobilisation et à la marche et estimées à environ 8-9/10 sur l'échelle EVA. Le patient avance également des douleurs fessières, à droite, survenant surtout lors des exercices ou lors de la marche. Pas de douleur nocturne. Pas de trouble neurologique. M. Q. \_\_\_\_\_ déclare des douleurs de l'épicondyle latéral du coude droit, lors de la mobilisation ou lors du port de charges, à environ à 10/10 sur l'échelle EVA. Il reste toujours les corps étrangers (débris de verre au coude qu'il est prévu d'enlever). Les infiltrations par Cortisone n'améliorent pas ces douleurs. Du point de vue psychique, on relève surtout des symptômes et signes anxieux en lien avec son accident, dont des cauchemars, le sentiment que son accident est encore tout récent, des épisodes d'angoisse sur déclencheurs, par exemple les camions, ainsi qu'un

évitement relatif (conduite automobile). Le patient souligne aussi l'impact de son accident sur son épouse et sur leur vie de couple, en particulier au niveau de la sexualité. La thymie globale est actuellement maintenue avec capacité de modulation satisfaisante selon les sujets évoqués. Il n'y a pas de signe pour un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité. Le tableau clinique actuel révèle donc un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante dont plusieurs signes de type post-traumatique. Du point de vue thérapeutique, maintien du Remeron et suivi psychothérapeutique centré sur son vécu de l'accident, durant le séjour. Les symptômes présentés par le patient restent relativement marqués, et nécessitent la poursuite du traitement de Remeron introduit depuis quelques mois, ainsi qu'un traitement psychothérapeutique centré sur le vécu traumatique. Pour ce faire, un certificat attestant de l'indication à un traitement spécialisé a été remis au patient, ainsi que l'adresse d'un psychothérapeute travaillant à [...]. La physiothérapie a associé des traitements passifs de massages et étirements, et actifs avec ballon, piscine, entraînement thérapeutique sur appareils de fitness. Durant les thérapies, il a été observé chez le patient par les thérapeutes un comportement douloureux démonstratif, à toute mobilisation (hanche droite, coude droit, lombaire), avec des attitudes de protection avec les mains sur la zone à évaluer. Lors des déplacements et dans les retournements sur la table de traitement, il a été constaté une grande lenteur et beaucoup de précaution. A partir du 31.08.2007, le patient se déplace à l'intérieur de la Clinique à l'aide d'une canne anglaise portée à gauche. Objectivement, aucune amélioration n'a été constatée. (...) Pour la suite, nous proposons la poursuite des traitements de physiothérapie ambulatoire à raison de 3x/semaine, ainsi qu'un suivi psychologique régulier pour une psychothérapie cognitivo-comportementale (...). Du point de vue professionnel, M. Q.\_\_\_\_\_ a travaillé dans diverses activités, dans des travaux temporaires. Il a signé un contrat de durée indéterminé le 18.08.2006 en tant que magasinier, mais a été licencié pour le 30.04.2007. Dans l'état actuel des choses, l'incapacité de travail est totale. L'évaluation durant le séjour n'a pas pu être menée à son terme, il ne nous est donc pas possible de nous déterminer sur le pronostic de reprise du travail à long terme. Cependant, il existe des facteurs non-médicaux qui influencent négativement le pronostic de reprise du travail chez ce patient. Nous proposons que la situation soit réévaluée d'ici 3 mois par le médecin d'agence et sommes à disposition pour une réhospitalisation dans le cadre d'une évaluation courte. **INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MAGASINIER - 100%**". Dans un rapport médical du 26 octobre 2007, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a confirmé les diagnostics posés par les médecins de la Clinique O.\_\_\_\_\_ en y ajoutant toutefois celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Il a indiqué que l'activité de l'assuré exercée jusqu'alors était encore exigible à raison de 20-30%, sans diminution de rendement, mais qu'il fallait éviter le port de charges excédant les 3-4kg. Ce praticien a également estimé qu'il n'était pas possible d'améliorer la capacité de travail dans le poste occupé jusqu'alors mais que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité. Il a également précisé notamment que les fonctions intellectuelles de l'assuré n'étaient pas normales. Le 21 janvier 2008, la Caisse accidents A.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI le rapport d'examen établi le 18 janvier précédent par son médecin d'arrondissement, à savoir le Dr F.\_\_\_\_\_, et dont la partie "Appréciation du cas" a la teneur suivante : "(...) L'évolution après l'accident a été perturbée par une problématique d'ordre psychiatrique, des troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse prédominante de type post-traumatique étant diagnostiqués à l'issue d'un séjour à la Clinique O.\_\_\_\_\_ qui a dû être écourté pour des motifs personnels, à la

demande de l'assuré. Un suivi psychiatrique a été instauré à l'issue du séjour qui semble avoir amélioré le tableau sur le plan psychologique, si l'on se base sur les indications fournies par l'assuré et sur l'état d'esprit plutôt positif que nous avons pu constater aujourd'hui. A l'examen de ce jour, l'assuré se plaint principalement de douleurs de l'hémi-bassin et de la hanche droites et de douleurs du coude droit liées à la présence de corps étrangers. Cliniquement, il présente des signes irritatifs de la sacro-iliaque et de la crête iliaque droites associés à un tableau de type périarthrite de la hanche. La situation n'est pas encore tout à fait stabilisée. Sur le plan thérapeutique, l'ablation chirurgicale des corps libres du coude droit est indiquée et devrait, nous l'espérons, s'effectuer prochainement. (...) La capacité de travail médico-théorique, chez un assuré actuellement sans emploi, reste pour l'instant nulle. Une reprise dans une activité adaptée et une annonce au chômage pourront être envisagées dès que le décours post-chirurgical du coude droit le permettra. L'assuré s'est d'ores et déjà inscrit à l'Assurance Invalidité pour un reclassement professionnel. Sur le plan de l'exigibilité, ce reclassement devrait s'effectuer dans une activité n'exigeant pas de manutentions lourdes, de déplacements fréquents ou en terrain irrégulier et permettant l'alternance des positions. (...). Dans un rapport médical du 18 mars 2008, la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin assistante au sein du Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre médical I. \_\_\_\_\_, a indiqué que les diagnostics ci-dessous affectaient la capacité de travail de l'assuré : "Tendinite du muscle psoas, du muscle pyramidal et du moyen fessier à droite. Status post pneumothorax à droite drainé le 07.09.06 Status post contusion pulmonaire le 07.09.06 Status post arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à droite le 07.09.06 Status post fracture de l'iliaque droite le 07.09.06. Status post fracture peu déplacée de l radiale de l'humérus droit le 07.09.06 Status post plaie du conduit auditif externe droit le 07.09.06 Status post fracture des côtes à D le 07.09.06". Cette praticienne a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré était reconnue médicalement à 100% depuis le 7 septembre 2006, que les douleurs chroniques de la hanche droite, séquellaires au traumatisme, rendaient un travail physique de type magasinier impossible et qu'il y avait une diminution de rendement de 50% en raison des douleurs limitant les efforts prolongés ainsi que le port de charges nécessitant des pauses fréquentes. Elle a également considéré que l'assuré pouvait exercer une autre activité limitant les ports de charges à 10kg en alternant la station assise et debout, sans marche prolongée. Elle a aussi précisé que cette activité pourrait théoriquement être exercée à 100%, en principe sans diminution de rendement. Par surcroît, elle a indiqué que le traitement, suite au traumatisme du 7 septembre 2006, était encore en cours et que son dernier examen remontait au 1 er février 2008. Dans un rapport médical du 23 juin 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), sur la base du rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2008, a notamment considéré que le début de l'incapacité de travail de l'assuré remontait au 7 septembre 2006 et avait été de 100% jusqu'au 31 janvier 2008. Il a également estimé que la capacité de travail exigible de ce dernier était de 50% dans son activité habituelle depuis le 1 er février 2008 et de 100% dans une activité adaptée. Il a finalement retenu les mêmes limitations fonctionnelles que la Dresse K. \_\_\_\_\_. Le Dr M. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur ce cas en ces termes : "(...) L'évolution a été compliquée par l'apparition d'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse de type post-traumatique. Au plan ostéo-articulaire, l'assuré continue à se plaindre de douleurs du bassin, de la hanche et du coude droites. Il marche encore avec l'aide de cannes pour de longues distances. Les limitations fonctionnelles justifient une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée, avec une

pleine exigibilité dans une activité adaptée. L'évolution psychiatrique a été favorable, de sorte que le traitement a été interrompu au début 2008. Compte tenu de ce qui précède, seules les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires doivent être prises en compte." Le 3 juillet 2008, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible de l'assuré. En se fondant sur la Table TA1, niveau de qualification 4, année 2006, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et après indexation jusqu'en 2008, l'OAI a déterminé que ce salaire, sans abattement, s'élevait à 61'389 fr. 47. Sur la base d'un abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'OAI a finalement arrêté son salaire avec invalidité à 55'250 fr. 52. Quant au revenu sans invalidité, l'OAI l'a fixé à 48'940 fr. (valeur 2008) en se fondant sur le salaire que l'assuré aurait pu escompter chez son dernier employeur à raison de 20 fr. 95 de l'heure (selon questionnaire pour l'employeur du 11 septembre 2007). Par projet de décision du 4 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître uniquement un droit à une rente limitée dans le temps basée sur un degré d'invalidité de 100% entre le 7 septembre 2007 et le 30 avril 2008. Par courrier du 15 juillet 2008, l'assuré s'est opposé à ce projet estimant en particulier que les arguments de calcul de son revenu étaient "plus que fantaisistes" et ne correspondaient pas à un cas comme le sien, compte tenu de ses capacités physiques. De plus, en l'absence de diplôme à faire valoir pour trouver un emploi, il ne pouvait que trouver une activité demandant des efforts physiques. Par courrier du 23 septembre 2009, l'OAI a informé l'assuré que sa contestation du 15 juillet 2008 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, son projet du 4 juillet 2008 étant fondé et devant être entièrement confirmé. Cet office a en outre écrit ce qui suit : "Nous demandons ce jour à la caisse AVS compétente de bien vouloir notifier la décision définitive concernant la rente limitée dans le temps. Il vous sera loisible de recourir à réception de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances." Des pièces du dossier, il ressort que, par courrier adressé le 23 septembre 2008 à la Caisse de compensation U.\_\_\_\_\_, l'OAI a transmis à cette caisse sa motivation en vue de la notification de la décision finale à l'assuré. A cet égard, le dossier de l'OAI comprend effectivement un document de cinq pages intitulé "motivation", mentionnant la date d'indexation du 23 septembre 2008 mais sur lequel ne figure pas l'adresse du destinataire. Par avis médical du 12 novembre 2008, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre médical I.\_\_\_\_\_, ont confirmé les diagnostics posés dans le rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2008, l'incapacité totale de travail de l'assuré en qualité de magasinier et sa capacité de travail à 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Par décision du 26 novembre 2008 libellée en allemand, l'Office C.\_\_\_\_\_ a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 30 avril 2008, soit 396 fr. par mois (3'168 fr. en tout) à verser sur le compte de l'assuré auprès de la Banque Y.\_\_\_\_\_ à [...]. Cette décision ne compte que deux pages au dossier - alors qu'elle en mentionne expressément quatre - et n'indique pas les voies de droit. Par courrier du 23 janvier 2009, l'assuré a interpellé l'OAI en le priant de bien vouloir réexaminer sa situation. A ce titre, il a informé l'OAI que le Centre médical I.\_\_\_\_\_ allait établir un nouveau rapport et qu'il pouvait en outre contacter son physiothérapeute. Par courrier du 29 janvier 2009, l'OAI a répondu à l'assuré en ces termes : "Nous accusons réception de votre courrier du 23 janvier 2009 qui a retenu toute notre attention. Nous nous référons à la décision définitive du 26 novembre 2008 qui est actuellement passée en force. Vous ne pouvez dès lors plus recourir. En outre, les renseignements médicaux que vous nous aviez fournis confirmaient une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée, raison pour laquelle,

nous vous avons proposé l'aide de notre service de placement. En conclusion, vous avez la possibilité de faire appel à notre service de placement. Le cas échéant et sur demande de votre part, nous pouvons vous adresser une communication quant à l'octroi de l'aide au placement. Concernant le droit à la rente, celui-ci a été examiné et confirmé par notre décision du 26 novembre 2008 pour une rente limitée dans le temps ceci sur un degré d'invalidité de 100%. Si depuis lors, votre état de santé s'est manifestement aggravé, vous avez la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations qui devra être jointe par un certificat médical prouvant et détaillant l'aggravation de l'état de santé, ce qui n'est pas le cas pour l'instant si nous nous référons au dernier certificat médical du 12.11.2008 par la Dresse K. \_\_\_\_\_ qui atteste que vos capacités fonctionnelles restent les mêmes." Par courrier du 25 février 2009, suite à un contact téléphonique du même jour avec l'OAI, l'assuré a informé cet office qu'il avait rendez-vous avec son médecin traitant au Centre médical I. \_\_\_\_\_ et que celui-ci ferait un rapport circonstancié. Il a également relevé que dans tous les cas, il ne pensait pas trouver un emploi dans lequel un patron tolérerait qu'il soit souvent absent pour recevoir des soins pendant une durée indéterminée. B. Dans un rapport médical du 10 février 2009 co-signé par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre médical I. \_\_\_\_\_, il est écrit en particulier que : "Depuis notre rapport du 12.11.08 [rapport des Drs Z. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_], les capacités fonctionnelles du patient restent toujours les mêmes. Il est toujours suivi dans notre service pour la tendinite du muscle psoas, du muscle pyramidal et du moyen fessier à droite et il bénéficie d'un traitement ambulatoire intensif de physiothérapie. Je revois en consultation le patient susmentionné le 09.01.09. Le patient marche avec une canne, avec persistance d'une boiterie. Il décrit toujours des douleurs chroniques importantes au niveau de la hanche droite. Comme déjà mentionné lors de notre dernier courrier, le patient ne peut plus travailler comme magasinier, profession exercée avant l'accident, en raison de ses capacités fonctionnelles réduites, mais par contre, il pourrait bénéficier d'un travail adapté en tenant compte de ses capacités fonctionnelles actuelles ainsi que de son traitement ambulatoire. " La Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie ainsi que médecin d'arrondissement à la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_, a procédé à un examen clinique de l'assuré le 13 mars 2009. Dans son rapport du même jour, ce médecin a apprécié le cas en ces termes : "(...) Nous nous trouvons dans une situation assez stationnaire par rapport à l'examen du médecin d'arrondissement, le Dr F. \_\_\_\_\_, du 18.01.2008 avec des plaintes subjectives qui restent importantes chez un patient qui présente une importante boiterie à la marche, se déplaçant avec une canne. Au plan objectif, M. Q. \_\_\_\_\_ est en bon état général apparent, il n'est pas déconditionné au plan musculaire, ce sujet longiligne présente en effet une musculature qui reste bien développée, symétrique. Il annonce d'importantes douleurs hémi-corporelles droites. En ce qui concerne le status post-fracturaire du coude, nous notons des amplitudes articulaires complètes pour le coude droit. L'évolution radiologique est favorable avec toutefois une exostose du condyle et une petite solution de continuité encore visible au niveau de l'olécrâne, sans répercussion fonctionnelle. (...) Il persiste des thoracodynies droites avec un status pulmonaire calme, qui se conforte au contrôle radiologique de ce jour, permettant d'exclure un syndrome restrictif après le pneumothorax, la contusion et les fractures de côtes à droite. En ce qui concerne les douleurs de l'hémi-bassin droit, elles s'inscrivent dans un contexte de douleurs insertionnelles tendino-musculaires avec une tendinite du psoas cliniquement, des douleurs aggravées par la mise sous tension du pyramidal, du moyen fessier, sans qu'il y ait de signe

d'hypotrophie localement ni de déficit sensitif ou moteur identifiable. Il n'y a pas de limitation des amplitudes coxo-fémorales. L'arrachement de l'épine iliaque nous paraît consolidé. Une comorbidité psychiatrique nous paraît prédominer le tableau clinique actuel et nous proposons à son médecin-traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, de réévaluer cet élément auprès d'un confrère psychiatre. Rappelons que M. Q. \_\_\_\_\_ avait présenté en milieu hospitalier dans les suites directes de son accident une décompensation psychotique et il avait été retenu à la Clinique O. \_\_\_\_\_ une problématique d'ordre psychiatrique. Des suites de l'accident, nous admettons comme limitations fonctionnelles, l'évitement de la marche prolongée, de devoir se déplacer sur un terrain instable, une échelle, un escabeau, l'évitement du port de charges supérieures à une vingtaine de kilos de manière occasionnelle et 10kg de manière répétitive. Il faut également éviter les activités avec des engins vibrants avec le MS. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité me paraît totale. (...)" . Par décision du 5 mai 2009, la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_ a notamment refusé d'octroyer une rente à l'assuré sous l'angle de l'assurance-accidents. Par courrier du 26 mai 2009, Me Philippe Nordmann a indiqué à l'OAI avoir été consulté et constitué avocat par l'assuré "au sujet de son incapacité de travail et/ou invalidité consécutive notamment à l'accident du 7 septembre 2006". Il a requis une copie du dossier de son client, dossier que l'OAI lui a transmis le 29 mai suivant sous la forme d'un CD-ROM. Le 6 juin 2009, l'assuré a fait opposition contre la décision de la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_ du 5 mai précédent. Par décision sur opposition du 9 novembre 2009, la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_ a confirmé sa décision du 5 mai précédent. Dans les faits retenus, il est notamment mentionné que l'AI avait reconnu à l'assuré un droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% du 7 septembre 2007 au 30 avril 2008, après quoi elle avait constaté qu'il n'existait de droit ni à une rente ni aux mesures professionnelles. Par acte du 10 décembre 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours devant la Cours de céans contre la décision sur opposition de la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_. Dans le cadre de l'instruction de cette cause (AA 140/09), deux expertises judiciaires ont été mises en œuvre, respectivement en rhumatologie et en psychiatrie. Ces deux expertises ont été confiées d'une part au Dr D. \_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre médical I. \_\_\_\_\_, et, d'autre part, au Dr T. \_\_\_\_\_, médecin associé au Centre d'expertise du Département de psychiatrie du Centre médical I. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 4 avril 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_, a retenu ce qui suit : " Diagnostics 1) Pyralgies D dans un contexte d'une très discrète tendopathie du moyen fessier et des dysbalances musculaires, associées à un déconditionnement psychique. 2) Epicondylalgie droite. 3) Syndrome fémoropatellaire bilatéral 4) Syndrome douloureux chronique 5) Status après accident de la voie publique le 07.09.2006 avec • Pneumothorax droit drainé. • Contusion pulmonaire minime, • Fracture de côte cervicale droite, • Fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, • Plaie du conduit auditif externe droit, • Fracture de l'épicondyle latéral du coude droit (...). Conclusion : Ce patient présente des douleurs chroniques suite à un accident de la circulation survenu le 6 [recte : 7] septembre 2006. Il s'en suit un patient se plaignant actuellement de douleurs au niveau de son membre supérieur droit, non seulement au niveau du coude, mais aussi au niveau du poignet droit, non déclaré comme douloureux initialement lors de l'accident. De plus, il signale des plaintes au niveau de la hanche droite, se traduisant par des douleurs et une importante boiterie. L'expertise faite le 7 mars, complétée par un examen des capacités fonctionnelles faite par le service d'ergothérapie, a été demandée afin d'évaluer les séquelles de l'accident

et ses répercussions fonctionnelles. Concernant la concordance entre l'anamnèse fournie par Monsieur Q.\_\_\_\_\_ et ce qui est noté dans le dossier, elle est parfaite. Les plaintes sont restées concordantes au cours de son histoire, hormis l'apparition maintenant de douleurs du poignet et du genou, non signalées auparavant, même lors de mon examen il y a 2 ans. Il se peut que les gonalgies actuellement présentes s'inscrivent dans le contexte de déconditionnement, ce qui explique le syndrome fémoropatellaire. En regardant la description classique de sa journée avec les activités sociales, nous constatons que le patient semble passablement limité dans ce qu'il parvient à faire signifiant l'importance des conséquences fonctionnelles de l'état douloureux. Concernant l'examen clinique, nous sommes confrontés à un patient qui se limite, certainement par appréhension, comme relevé lors de l'ECF, cité ci-dessus par exemple. Nous sommes frappés par une importante boiterie, se traduisant par l'utilisation d'une canne et une quasi impossibilité d'effectuer les tests fonctionnels en déplacement. Ceci contraste avec un examen radioclinique très pauvre, absence d'amyotrophie qu'on serait en droit d'attendre, après une si longue période de non-utilisation, des amplitudes articulaires normales non limitées, et un bilan radiologique qui reste rassurant au niveau de la musculature fessière. Néanmoins, quand il n'est pas conscient, de meilleurs résultats peuvent être obtenus. Nous constatons donc un certain cumul entre ce que Monsieur Q.\_\_\_\_\_ montre et certaines limitations que nous avons constatées. Il est ici extrêmement important d'avoir une évaluation psychiatrique. Nous avons ainsi pratiqué une évaluation des capacités fonctionnelles afin d'évaluer objectivement l'aptitude de la personne à répondre à différentes contraintes physiques. Il existe plusieurs programmes et nous avons utilisé un système kinésiophysique, tendant à mesurer l'effort maximal, indépendamment de la douleur annoncée, mais sans danger pour le sujet. Il est à noter que les efforts fournissent un instantané de ce que le patient peut effectuer. Les performances sont évaluées à un moment précis, sans que nous puissions l'extrapoler dans le temps. Ceci dépend bien sûr aussi beaucoup de la participation du patient, de ce qu'il veut nous montrer. Ainsi l'ECF nous permet de quantifier l'effort qu'il veut accomplir et dans le cas présent les limitations lors des déplacements montrées par le patient rend cette évaluation plutôt incomplète. En ce qui concerne les membres supérieurs, nous sommes confrontés à des forces de préhensions au niveau des mains très faibles avec des maxima à 9 ou 13 kg (ou 90 à 130 N) (norme : pour la population de salariés et, entre parenthèses, leurs écarts-type, sont [...] de 515 (91) N pour la main dominante et de 477 (63) N pour la main non dominante) et nous sommes frappés, comme noté dans les conclusions, par le fait que le patient ne va pas au bout de ses capacités physiques par peur de ce qui pourrait arriver. La mesure de l'intensité de la douleur s'appuie ici d'un côté sur l'échelle EVA et d'autre part sur les aspects cognitifs associés au sentiment de détresse, ainsi que les stratégies que le patient aurait pu développer pour éviter la situation douloureuse. Comme nous le constatons, ces échelles montrent de fortes limitations dans la fonction. Néanmoins, il reste difficile de standardiser la quantification et la description de la douleur chronique sur le questionnaire PACT auquel nous avons soumis le patient. Il obtient un score de 53 sur 200, qui montrerait une forte incapacité fonctionnelle. Il s'agit d'un questionnaire dévaluation du handicap fonctionnel perçu dans les activités professionnelles et quotidiennes. Dans cette situation, dans une activité adaptée, en position assise, avec utilisation des membres supérieurs, il pourrait avoir une capacité de travail complète selon les limitations fournies dans l'ECF, avec toutefois une nette diminution du rendement d'environ 50%. Nous arrivons, ensemble avec l'ergothérapeute, à la conclusion d'un important déconditionnement musculaire, où nous nous posons des questions sur un

comportement malade, avec d'importantes appréhensions qui semblent ancrées dans cette situation." A la question "Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaires et de rendement dans d'autres activités adaptées au handicap ?" l'expert a considéré que les limitations fonctionnelles des hanches avaient uniquement des conséquences sur les activités requérant la marche ou la position debout et qu'il avait une limitation pour monter sur les échelles et les échafaudages, ainsi qu'à la marche. Toutefois, globalement, il n'y avait aucune limitation pour les postures en position assise ou les activités alternées. Concernant le coude, l'expert a considéré qu'il n'y avait pas de limitation de la mobilité, ni en flexion/extension, ni en prosupination, qui empêcherait le maniement d'appareils dans les activités quotidiennes tout en soulignant qu'il était néanmoins fortement impressionné par la limitation de la force de préhension du patient pour laquelle il n'avait pas d'explication anatomique. L'expert a en outre précisé que l'évaluation des capacités fonctionnelles montrait une exécution extrêmement lente, que ce soit avec ou sans port de charges, qui pourrait certainement être attribuée à des appréhensions par crainte de se bloquer. Finalement, l'expert a retenu que dans cette situation, l'assuré pourrait, dans une activité surtout assise, sans adaptation, avec un travail des membres supérieurs limités selon les recommandations de l'évaluation des ports de charges, exercer un temps complet toutefois avec un rendement qui devrait être abaissé de 50%. Dans son rapport d'expertise du 15 septembre 2011, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2). Dans la partie "Discussion" de son expertise, ce spécialiste a écrit ce qui suit : "(...) Au terme de nos investigations, nous pouvons conclure chez Monsieur Q. \_\_\_\_\_ à un syndrome douloureux somatoforme persistant développé dans les suites de l'accident. En effet, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente des douleurs constantes qui ne sont pas entièrement expliquées par un trouble physique, comme le démontre également l'expertise du Docteur D. \_\_\_\_\_ et qui s'accompagne d'un sentiment de détresse psychique. Les troubles physiques objectivés ne permettent pas d'expliquer la gravité des symptômes, leur persistance, la détresse qui y est associée ou encore des perturbations que l'expertisé porte. Par ailleurs, la caractéristique typique de ce trouble est d'attribuer toute la souffrance à une atteinte organique, en l'occurrence aux séquelles de l'accident et dans ce cas, l'expertisé ne peut accepter l'implication d'un quelconque facteur psychologique dans la symptomatologie présentée. Par ailleurs, le comportement est parfois démonstratif, surtout quand l'expertisé a l'impression que ses plaintes ne sont pas prises en considération ou encore si on tente d'évoquer des éventuelles implications psychologiques. Il n'est pas tranquilisé par les résultats rassurants des médecins qu'il a consultés. Il n'a pas de revendications financières formulées mais de reconnaissance de sa souffrance et de son incapacité à travailler. Nous pouvons conclure, au terme de nos investigations, également à un trouble anxieux et dépressif mixte. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente une symptomatologie anxieuse persistante accompagnée d'une symptomatologie dépressive sans améliorations malgré un traitement antidépresseur et une prise en charge psychiatrique qui a été toutefois de courte durée. En effet, la symptomatologie anxieuse se traduit par une préoccupation incessante quant à son état de santé, exprimée sous forme de tension, d'appréhension, d'exacerbation des plaintes somatiques et d'irritabilité, la pensée est rétrécie autour de ces douleurs. Il rumine sans cesse un sentiment de ne pas parvenir à s'en sortir, de ne pas arriver à travailler, d'avoir toujours mal, sentiments qui se répercutent sur le plan clinique et s'accompagnent d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne. En effet, nous ne pouvons pas retenir un diagnostic d'épisode dépressif constitué au sens de la CIM-10, la

symptomatologie étant passablement dépendante lors de nos entretiens, des sujets abordés et notamment, lorsque nous portons attention à son histoire de vie, cette symptomatologie est absente. L'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise ne met pas en évidence des troubles cognitifs de nature à avoir des répercussions sur la capacité de travail, les résultats obtenus se situant dans les limites des normes et une fluctuation des performances est notée entre les deux dates d'examens liée possiblement à des difficultés sur le plan motivationnel. Selon les éléments en notre possession, nous pouvons exclure toute pathologie psychiatrique sévère ou durable antérieure à l'accident de septembre 2006, et notamment un trouble de l'humeur, un trouble du registre des psychoses ou encore un trouble de la personnalité. Il n'y a pas non plus de dépendances à des substances psycho-actives ni à l'alcool (...)." Dans le cadre de son expertise, le Dr T.\_\_\_\_\_ a répondu notamment aux questions suivantes : "(...)

#### **E. 6**

A quelle date, passée, présente ou future, peut-on estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable de l'état de santé? REPONSE : Sur le plan psychiatrique, selon les éléments en notre possession, nous pouvons estimer qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis environ 2008-2009. (...)

#### **E. 8**

Quelles sont les limitations professionnelles affectant Monsieur Q.\_\_\_\_\_? a) sur le plan somatique REPONSE : Cf. expertise du Docteur D.\_\_\_\_\_. b) sur le plan psychique REPONSE : Sur le plan psychique, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ présente un important repli sur soit, un isolement social important, avec difficultés à pouvoir sortir, se déplacer, une tendance à la clinophilie. Il présente des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des cauchemars, le sommeil reste non réparateur et il présente une fatigue, une asthénie et des difficultés de concentration, accompagnées de céphalées lorsqu'il doit se concentrer. Il présente également une irritabilité, de même qu'un ralentissement tant dans ses déplacements qu'au niveau de sa pensée. Par ailleurs, il présente des douleurs persistantes ainsi que d'importantes craintes de déclenchement de nouvelles douleurs.

#### **E. 9**

L'activité exercée au moment de l'accident (chauffeur professionnel) est-elle encore exigible ? Si oui, à quel pourcentage en temps et en rendement? Sinon, pourquoi? REPONSE : Non. Outre la limitation sur le plan somatique, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ est limité également par le ralentissement psychomoteur, la fatigabilité, des difficultés de concentration, ainsi que la crainte de déclenchement de nouvelles douleurs.

#### **E. 10**

Une autre activité professionnelle non qualifiée est-elle médicalement exigible du recourant et si oui, estimer : - le genre d'activité, - le pourcentage en temps et en rendement, - les difficultés qu'éprouverait Monsieur Q.\_\_\_\_\_ dans cette activité. REPONSE : Non, sur le plan psychiatrique. Les limitations fonctionnelles que présente Monsieur Q.\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'envisager dans la situation actuelle une activité professionnelle sur le marché du travail. Une activité occupationnelle dans des ateliers protégés pourrait être éventuellement envisagée à temps partiel. (...)

#### **E. 15**

Dans l'hypothèse où l'expertisé ne peut plus exercer de manière suffisamment rentable son ancienne profession de chauffeur professionnel ni une activité manuelle de substitution, un recyclage et éventuellement une nouvelle formation sont-ils médicalement exigibles ? Peut-on en escompter des chances de succès? REPONSE : Sur le plan psychiatrique, dans la situation actuelle, une activité occupationnelle, à temps partiel, nous paraît un objectif plus adéquat à atteindre qu'une réorientation professionnelle, même manuelle qui nous paraît à haut risque d'échec au vu des limitations fonctionnelles psychiatriques. Par lettre du 10 octobre 2011, l'assuré a fait parvenir à l'OAI les expertises susmentionnées et a indiqué que son courrier constituait formellement une demande de réouverture du dossier et d'octroi d'une rente. Par lettre du 14 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa démarche comme une nouvelle demande et qu'il lui appartenait de rendre plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, un délai de trente jours lui étant imparti pour ce faire. Par avis médical du 18 octobre 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_ a considéré, en se référant au rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 10 février 2009, à l'examen de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2009, à l'expertise judiciaire du Dr D. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2011 et à l'expertise judiciaire du Dr T. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2011, que si l'on s'en tenait à une interprétation stricte de la loi, on pouvait dire qu'il n'y avait pas d'évidence d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré après la décision du 26 novembre 2008, et donc pas de raison d'entrer en matière. Par courrier du 20 octobre 2011, l'assuré a relevé que la décision du 26 novembre 2008 avait été rendue non seulement en allemand mais qu'en plus elle n'indiquait pas les voies de droit. En outre, il n'avait pas compris qu'une décision finale était rendue raison pour laquelle il avait demandé le 23 janvier 2009 que sa situation soit réexaminée. L'assuré a ainsi allégué qu'aucune décision définitive relative à son incapacité de travail et son invalidité n'avait été rendue et a demandé pour quelles raisons l'OAI ne prenait pas en considération les expertises médicales transmises le 10 octobre 2011. Par projet de décision du 17 novembre 2011, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser toute prestation. Dans un courrier du même jour, l'OAI a rappelé notamment à l'assuré que son courrier du 23 septembre 2008 précisait expressément qu'une décision définitive allait être notifiée par la caisse AVS compétente et qu'il lui serait loisible de recourir à réception de ladite décision. En outre, dans son courrier du 29 janvier 2009, contre lequel il n'avait pas réagi, son attention avait été attirée sur le fait que la décision du 26 novembre 2008 était entrée en force. Dans le doute, il lui appartenait de se renseigner auprès de l'office ou de la caisse AVS compétente. Au surplus, l'OAI a précisé que les expertises médicales transmises le 10 octobre 2011 ne mettaient pas en évidence une péjoration de son état de santé après la décision du 26 novembre 2008, selon le SMR, et qu'il n'y avait dès lors pas lieu d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Par courrier du 12 décembre 2011, l'assuré a réitéré sa position selon laquelle la décision du 26 novembre 2008 n'était pas entrée en force. Il a relevé que cette décision était la seule pièce de tout le dossier en allemand, langue qu'il ne maîtrisait pas, alors que le projet de décision l'ayant précédé était en français. Il a relevé que cette décision ne contenait aucune motivation (et qu'on n'en trouvait pas trace au dossier) ni n'indiquait les voies de droit. A cet égard, il a estimé que le délai de recours contre cette décision n'avait pas commencé à courir faute de décision valable et qu'en appliquant les critères habituels de la bonne foi dans les relations entre l'administration et l'administré, l'OAI ne devait pas se limiter à examiner sa situation après la décision du 26 novembre 2008 mais prendre en considération tous les éléments du dossier, antérieurs et postérieurs à cette date. Finalement, il a relevé que même le projet de décision du 17 novembre 2011 était vicié, faute de motivation et que l'avis du SMR du 18

octobre 2011 dont l'OAI se prévalait n'avait pas été annexé. Par nouveau projet de décision du 21 février 2012, l'OAI a informé le conseil de l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, ce dernier n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Par courrier du même jour, l'OAI a écrit par surcroît ce qui suit : "Sur le plan formel, nous constatons l'existence de manquements dont nous vous prions de nous excuser. Nous vous remettons les annexes non jointes à notre envoi du 17 novembre 2011 ainsi qu'un nouveau projet de décision dont la présente fait partie intégrante. Nous précisons par ailleurs que certaines caisses de compensation ne nous font pas parvenir toutes les annexes lorsqu'elles envoient les décisions en notre nom. Ceci explique que la partie "motivation" ne se retrouve pas à nouveau en annexe à la décision du 26 novembre 2008. Nous déplorons par ailleurs que ladite décision ait été rendue en allemand alors même que le reste du dossier est en français. Nous relevons cependant qu'en mai 2009 déjà nous vous avons transmis copie du dossier de votre client. Quant à la Caisse accidents A. \_\_\_\_\_, elle vous avait notifié sa décision sur opposition du 9 novembre 2009, laquelle précise que l'Al avait reconnu un droit à la rente pour la période de septembre 2007 à fin avril 2008. Vous ne pouviez donc pas ignorer l'existence de notre décision du 26 novembre 2008. Ce n'est qu'en date du 10 octobre 2011 que vous reprenez contact avec notre office, partant de l'idée que votre courrier constitue formellement une demande de réouverture du dossier et d'octroi de rente. Au vu de ce qui précède, nous maintenons que la décision du 26 novembre 2008 est entrée en force. A cet égard, nous relevons qu'entre la réception de notre dossier en mai 2009 et votre courrier d'octobre 2011, plus de deux ans se sont écoulés durant lesquels vous auriez déjà pu réagir. Nous avons par ailleurs soumis au Service médical régional Al les deux expertises judiciaires jointes à la nouvelle demande du 10 octobre 2011. Nous nous référons dès lors expressément à l'avis médical du 18 octobre 2011 ci-joint. (...) Quant au syndrome douloureux somatoforme persistant et aux troubles dépressifs mixtes, l'expertise psychiatrique estime qu'il n'y a plus d'évolution notable depuis 2008-2009, donc pas d'évidence de péjoration après la décision du 26 novembre 2008. Il ressort par ailleurs de l'avis SMR que ces atteintes n'ont pas d'influence sur le droit aux prestations de sorte qu'on ne peut pas admettre que l'invalidité de l'assuré s'est "modifiée de manière à influencer ses droits" au sens de l'article 87, alinéa 3 RAI." Par décision du 5 avril 2012, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière. C. Par acte du 10 mai 2012, Q. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à la constatation de la nullité de la "prétendue décision" rendue le 26 novembre 2008 par l'OAI. A l'appui de ses conclusions, le recourant invoque la nullité de la décision du 26 novembre 2008 pour vice de forme, celle-ci ayant été rendue en allemand, sans motivation ni indication des voies de droit. Il considère ainsi que l'OAI n'a pas valablement statué sur sa demande de prestations d'assurance-invalidité. Dès lors, c'est à tort que l'OAI considère que le cas d'espèce entre dans le cadre d'une nouvelle demande. Sur le fond, le recourant estime n'avoir jamais retrouvé de capacité de travail et se réfère aux expertises des Drs D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_. Par réponse du 24 août 2012, l'OAI a confirmé sa position et proposé le rejet du recours. Par réplique du 11 septembre 2012, le recourant a confirmé sa position considérant pour l'essentiel que selon la jurisprudence, une décision affectée d'un vice ne produisait aucun effet lorsque l'assuré ne l'avait pas comprise et qu'elle n'avait pas pu atteindre son but. Par duplique du 27 septembre 2012, l'OAI a considéré que la réplique du recourant n'appelait aucun commentaire particulier de sa part. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La première question litigieuse est de déterminer si la décision rendue le 26 novembre 2008 par l'OAI est entrée en force, comme celui-ci le soutient, ou si elle doit être considérée comme nulle eu égard aux vices formels dont le recourant se prévaut. Subsidiairement, le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière suite au courrier du recourant du 10 octobre 2011, courrier que cet office a considéré comme une nouvelle demande.

3. Le recourant ne conteste pas avoir reçu la décision ("Verfügung") de la caisse AVS du 26 novembre 2008. Il soutient par contre n'avoir pas pu comprendre la nature et la portée de cette décision, dès lors qu'elle était rédigée en allemand, sans motivation et sans indication des voies de droit. Ainsi, il considère qu'elle était empreinte de vices d'un degré de gravité d'irrégularité tel qu'il se justifie d'en constater la nullité. Il fait en définitive valoir que, faute de validité, la décision n'a pas pu entrer en force, ni donc ouvrir un délai de recours ou déployer un quelconque effet. Pour sa part, l'OAI admet et déplore l'existence de manquements sur le plan formel, mais soutient que sa décision du 28 novembre 2008 est malgré tout entrée en force, faute pour l'assuré d'avoir réagi dans un délai raisonnable.

a) Dès qu'elle n'est plus susceptible d'un recours ordinaire - soit que le délai de recours est échu sans avoir été utilisé, soit que l'autorité de dernière instance s'est prononcée définitivement - une décision bénéficie de la force de chose décidée. En d'autres termes, l'application du régime qu'elle établit est censée conforme à l'ordre juridique, même si, en réalité, cette décision est viciée. La nullité absolue d'une décision peut cependant être invoquée en tout temps, devant toute autorité et doit être constatée d'office (ATF 116 la 215 consid. 2a p. 217, 115 la 1 consid. 3 p. 4 et les arrêts cités). Elle ne frappe que les décisions affectées des vices les plus graves, manifestes ou du moins facilement décelables, pour autant que sa constatation ne mette pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Sauf dans les cas expressément prévus par la loi, il ne faut l'admettre qu'à titre exceptionnel, lorsque les circonstances sont telles que le système d'annulabilité n'offre manifestement pas la protection nécessaire (André Grisel, *Traité de droit administratif*, Neuchâtel 1984, volume I, p. 420 ss). Des vices de fond n'entraînent qu'à de rares exceptions la nullité d'une décision. De graves vices de procédure, tels que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision, sont en revanche des motifs de nullité (ATF 132 II 21 consid. 3.1 p. 27, 130 III 430 consid. 3.3 p. 434, 129 I 361 consid. 2.1 p. 363, 122 I 97 consid. 3a/aa p. 99; 118 la 336 consid. 2a p. 340, 116 la 215 consid. 2c p. 219 ; TF 9C\_333/2007 du 24 juillet 2008). En application de ces règles, il existe trois moyens pour faire constater la nullité d'une décision : saisir l'autorité administrative qui a rendu la décision - ou celle qui lui est hiérarchiquement supérieure - d'une demande de nouvel examen, porter la question devant

une tierce autorité selon ses attributions propres, ou saisir l'autorité de recours, mais dans le respect du délai de recours (Pierre Moor / Etienne Poltier, Droit administratif, 3e éd., Berne 2011, volume II, p. 364). b) En l'espèce, il est patent que l'assuré n'a pas agi en temps utile devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision de la caisse AVS du 26 novembre 2008. Ne contestant pas que la décision lui ait été notifiée, mais invoquant notamment le fait que cette décision n'ait pas comporté la mention de l'autorité et du délai de recours, il se prévaut d'une notification réputée intervenue sous une forme irrégulière (Moor / Poltier, op. cit. p. 810). Il est constant que la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour les parties (art. 49 al. 3 LPGA, cf. aussi art. 38 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]). Par ailleurs, le destinataire ne peut invoquer l'absence de notification s'il a connaissance, d'une autre manière, de l'existence de la communication (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme ; ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (TF 9C\_296/2011 ; ATF 122 I 97 consid. 3a/aa, 111 V 149 consid. 4c et les références citées ; RAMA 1997 n° U 288 p. 442). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déferée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118 ; David Ionta, La légitimation active en assurance-accidents (LAA) in : Aspects de la sécurité sociale, 2008, n° 4 p. 32 in fine ). Il y a donc lieu d'examiner au regard de l'ensemble des circonstances si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que si une décision est notifiée, à tort, en mains de l'assuré plutôt qu'au représentant qu'il a désigné à l'autorité, l'assuré doit en principe faire diligence et se renseigner auprès de son mandataire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse ; il convient donc de faire courir le délai de recours dès cette date (TF 9C\_296/2011 du 28 février 2012, consid. 5.1, 9C\_85/2011 du 17 janvier 2012 ; TFA C 168/2000 du 13 février 2001, consid. 3c, résumé in : RSAS 2002 p. 509 et C 196/2000 du 10 mai 2001, consid. 3a, in : DTA 2002 p. 65). L'autorité n'est pas tenue de procéder à une nouvelle notification et ne commet pas de déni de justice en refusant d'y procéder (TF 9C\_259/2011 du 12 décembre 2011). c) En l'occurrence, il ressort des pièces versées au dossier que le recourant avait été informé par projet de décision du 4 juillet 2008 que l'OAI entendait lui verser une rente pour une période limitée, refusant pour le surplus toute autre prestation. Il sied de souligner à cet égard que le recourant avait parfaitement saisi la portée de ce projet puisqu'il s'y est opposé par courrier du 15 juillet 2008. Dans un deuxième temps, soit le 23 septembre 2008, l'office intimé a informé le recourant que ses objections du 15 juillet précédent n'étaient pas de nature à modifier sa position. Il a également précisé sans ambiguïté qu'il demandait le même jour à la caisse de compensation compétente de lui notifier la décision définitive concernant la rente limitée dans le temps et qu'il lui serait alors loisible de recourir à réception de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances. Dans un troisième temps, le recourant a interpellé l'OAI le 23 janvier 2009 (soit après la notification de la décision problématique du 26 novembre 2008) afin que cet office réexamine son cas à la lumière des éléments médicaux que le Centre médical I.\_\_\_\_\_ allait lui transmettre. Dans sa réponse du 29 janvier suivant l'OAI a souligné de manière non équivoque que la

décision du 26 novembre 2008 était entrée en force et qu'il lui appartenait dès lors de démontrer une péjoration de son état de santé. A ce titre, après avoir contacté l'OAI par téléphone le 25 février, le recourant a rétorqué par courrier du même jour qu'il allait consulter son médecin traitant, lequel ferait un rapport circonstancié. Par surcroît, l'assuré n'aura pas manqué de recevoir le montant de sa rente dans son intégralité sur son compte bancaire, de sorte que ce fait, au moins, devait l'inciter à penser qu'une décision avait été prise le concernant. En dernier lieu, le recourant a fait appel à un conseil professionnel au printemps 2009 qui, en possession du dossier depuis fin mai 2009, n'interpellerait l'OAI sur cette question que le 10 octobre 2011, soit presque deux ans et demi plus tard. Au regard de ce qui précède, il convient de constater que l'assuré savait dès le 4 juillet 2008 que l'OAI allait statuer sur son cas, ce qui lui a été en outre rappelé le 23 septembre suivant. Dans ce contexte, à réception de la décision du 26 novembre 2008, le recourant, compte tenu de la diligence que l'on était en droit d'attendre raisonnablement de lui, aurait dû se renseigner auprès de l'OAI pour connaître les tenants et aboutissants de ce document, cela d'autant plus qu'il ne maîtrise pas l'allemand. A tout le moins aurait-il dû agir à réception du courrier de l'OAI du 29 janvier 2009 soulignant l'entrée en force de cette décision. En définitive, les circonstances objectivement irrégulières afférentes à la confection et à la notification de la décision du 26 novembre 2008, ne sont nullement décisives in casu, dès lors que la notification a atteint son but en février 2009 au plus tard. Il incombait dès lors au recourant d'agir. A défaut de recours dans un délai raisonnable, le recourant ne saurait se prévaloir des griefs formels qu'il invoque pour obtenir un constat de nullité. Il convient dès lors d'admettre que la décision du 26 novembre 2008 est entrée en force. En définitive, lorsque le recourant a consulté et mandaté son conseil en mai 2009, il était déjà trop tard pour contester cette décision. C'est ainsi à raison que l'office intimé a considéré que le courrier du 10 octobre 2011 constituait une nouvelle demande. 4. Le recourant conclut également à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 5 avril 2012 refusant d'entrer en matière suite à son courrier du 10 octobre 2011. Il allègue n'avoir jamais retrouvé sa capacité de travail et se réfère aux deux expertises rendues postérieurement à la décision du 26 novembre 2008 et portées au dossier comme preuve de son incapacité. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004, consid. 4.1). L'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 2 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents

de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestation ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées). c) En l'espèce, il y a lieu d'examiner si le recourant a établi de façon plausible que son état de santé s'est modifié depuis la dernière décision rendue par l'OAI le 26 novembre 2008 et entrée en force depuis lors. ca) Sur le plan somatique, on relèvera tout d'abord que la décision du 26 novembre 2008 de l'OAI, repose sur l'avis médical du SMR établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 23 juin 2008 retenant que seules les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires devaient être prises en compte. Ce médecin, pour fonder son appréciation, s'était lui-même principalement basé sur le rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2008. Cette praticienne avait alors posé comme diagnostics ceux de tendinite du muscle psoas, du muscle pyramidal et du moyen fessier à droite, de status post pneumothorax à droite drainé le 7 septembre 2006, de status post contusion pulmonaire le 7 septembre 2006, de status post arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure à droite le 7 septembre 2006, de status post fracture de l'iliaque droite le 7 septembre 2006, de status post fracture peu déplacée de l'épicondyle radiale de l'humérus droit le 7 septembre 2006, de status post plaie du conduit auditif externe droit le 7 septembre 2006 et de status post fracture des côtes à droite le 7 septembre 2006. Elle avait également considéré que sur le plan somatique les limitations fonctionnelles du recourant ne lui permettaient plus d'exercer son activité habituelle de magasinier. Toutefois, le recourant pouvait exercer une autre activité limitant les ports de charges à 10kg en alternant la station assise et debout, sans marche prolongée. Elle avait aussi précisé que cette activité pourrait théoriquement être exercée à 100%, en principe sans diminution de rendement. Par la suite, la Dresse K. \_\_\_\_\_ avait confirmé son appréciation dans un rapport daté du 12 novembre 2008. cb) Dans son avis médical du 18 octobre 2011, le SMR se réfère à deux rapports médicaux a priori en faveur de la position de l'OAI selon laquelle la situation médicale de ce dernier ne se serait pas péjorée.

Il met ainsi en avant le rapport du 10 février 2009 du Dr G. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci pose les mêmes diagnostics que ceux listés par la Dresse K. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 18 mars et 12 novembre 2008 et qui constate que " depuis notre rapport du 12.11.08, les capacités fonctionnelles du patient restent toujours les mêmes". Ce médecin mentionne également que le recourant pourrait bénéficier d'un travail adapté en tenant compte de ses capacités fonctionnelles ainsi que de son traitement ambulatoire. Le SMR reprend également le rapport de la Dresse J. \_\_\_\_\_, du 13 mars 2009, qui, sans poser de diagnostic, indique se trouver dans une situation assez stationnaire par rapport à l'examen du médecin d'arrondissement, le Dr F. \_\_\_\_\_, du 18 janvier 2008. Elle admet comme limitations fonctionnelles, l'évitement de la marche prolongée, de devoir se déplacer sur un terrain instable, une échelle, un escabeau, l'évitement du port de charges supérieures à une vingtaine de kilos de manière occasionnelle et 10kg de manière répétitive ainsi que des activités avec des engins vibrants. Cette praticienne conclut que dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, l'exigibilité lui paraît totale, sans pour autant se prononcer sur le rendement escompté. cc) Sur le plan somatique, le recourant produit l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2011. Les diagnostics posés par l'expert sont les suivants : pygalgies droites dans un contexte d'une très discrète tendopathie du moyen fessier et des dysbalances musculaires, associées un déconditionnement psychique, épicondylalgie droite, syndrome fémoropatellaire bilatéral, syndrome douloureux chronique et status après accident de la voie publique le 7 septembre 2006 avec pneumothorax droit drainé, contusion pulmonaire minime, fracture de côte cervicale droite, fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, plaie du conduit auditif externe droit et fracture de l'épicondyle latéral du coude droit. Dans le cadre de son analyse, l'expert considère que le recourant pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée (activité surtout assise, sans adaptation, avec un travail des membres supérieurs limité selon les recommandations de l'évaluation des ports de charges) mais avec un rendement abaissé à 50%. cd) A ce stade, on soulignera que les diagnostics posés par l'expert ne sont pas strictement superposables à ceux de la Dresse K. \_\_\_\_\_, respectivement à ceux du Dr G. \_\_\_\_\_. En particulier aucun de ces deux médecins ne fait référence aux diagnostics d'épicondylalgie droite, de syndrome fémoropatellaire bilatéral ou de syndrome douloureux chronique. Quant au rapport de la Dresse J. \_\_\_\_\_ on constatera que sur le plan des diagnostics, il est parfaitement muet. En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, tous les médecins s'accordent en revanche pour dire que dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, le recourant pourrait travailler à temps complet. Toutefois, à l'inverse de ses confrères, l'expert D. \_\_\_\_\_ estime que le rendement sera de 50% au maximum, ce qui contredit en particulier l'appréciation de la Dresse K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 mars 2008 (pour laquelle aucune baisse de rendement n'était à attendre), rapport sur lequel le SMR et l'OAI ont fondé leur décision du 26 novembre 2008. Au vu de ces éléments discordants entre les différents avis médicaux portés au dossier, on retiendra que sur le plan somatique, l'état de santé décrit par l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ est différent de celui retenu par l'OAI dans le cadre de sa décision du 26 novembre 2008, cette expertise posant de nouveaux diagnostics. En outre, selon ce spécialiste, le rendement attendu de l'activité lucrative que pourrait exercer le recourant ne serait que de 50%, ce qui ne saurait être sans conséquence sur ses revenus potentiels. C'est ainsi à tort que l'OAI a considéré que le recourant n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé sur le plan somatique. ce) Sur le plan psychiatrique, il en va de même. Il sied en effet de souligner que selon l'avis médical du SMR établi par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 23 juin 2008 seules les

limitations fonctionnelles ostéo-articulaires devaient être prises en compte à l'exclusion de toute problématique psychiatrique, la situation sur ce point étant "favorable". Le SMR, respectivement l'OAI, n'avaient alors retenu aucune pathologie invalidante dans ce domaine. Force est toutefois de constater que sur cette question, l'expertise établie par le Dr T. \_\_\_\_\_ le 15 septembre 2011 pose des diagnostics invalidants nouveaux, l'expert estimant pour le surplus que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité. On relèvera par surcroît que l'expert estime que l'état du recourant n'évolue plus de manière notable depuis 2008-2009. L'OAI, dans son projet de décision du 21 février 2012, tire de cette appréciation la conclusion que l'état du recourant ne s'est ainsi pas péjoré depuis la décision rendue le 26 novembre 2008 par l'OAI. Toutefois, contrairement à ce que soutient cet office, on ne saurait retenir que l'état de santé du recourant était stationnaire et n'évoluait plus au moment où la décision du 26 novembre 2008 a été rendue puisque l'expert estime que l'année 2009 entre aussi en ligne de compte. Il convient donc de considérer que le recourant a également rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. d) Au regard de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour nouvelle instruction du cas du recourant sur le plan médical et nouvelle décision. 5. a) En dérogation de 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'OAI (art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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