

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 670 vom 31. Oktober 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__670

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 670 du 31 octobre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 670 del 31 ottobre 2014

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RENTE D'INVALIDITÉ, RESTITUTION{EN GÉNÉRAL}, MOTIF DE RÉVISION, FORCE PROBANTE, RENTE TEMPORAIRE, EXPERTISE MÉDICALE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 25 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 31.10.2014 Arrêt / 2014 / 670

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RENTE D'INVALIDITÉ, RESTITUTION{EN GÉNÉRAL}, MOTIF DE RÉVISION, FORCE PROBANTE, RENTE TEMPORAIRE, EXPERTISE MÉDICALE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 25 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 1 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 203/13 - 270/2014 ZD13.035877 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 31 octobre 2014 _____ Présidence de Mme Di Ferro Demierre
Juges : Mme Thalmann et M. Métral Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : Q. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Liechti, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 6ss, 16, 17 et 25 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 88a al. 1 RAI En fait : A. Le 22 février 2008, Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, ressortissant de Serbie/Monténégro, en Suisse depuis 1997 et titulaire d'un permis « C », ayant occupé des emplois en tant que manœuvre sur les chantiers, a déposé une demande de prestations AI. Il indiquait se trouver en incapacité de travail dès le 23 janvier 2007 suite à un accident de la circulation routière ayant entraîné une fracture pertrochantérienne droite. A la suite d'un séjour de l'assuré au sein du service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), à [...], du 16 janvier 2008 au 5 février 2008, les Drs K. _____, médecin adjoint, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et en chirurgie orthopédique et A. _____, médecin-assistant, ont notamment posé, dans un rapport du 22 février 2008, en tant que diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail ceux de pseudarthrose de la fracture pertrochantérienne droite (M 84.1) et de fracture pertrochantérienne Kyle III du fémur droit (T 93.1) depuis le 1^{er} janvier 2007. Ces spécialistes ont ainsi retenu une incapacité de travail de 100 % de l'assuré dans l'activité de manœuvre, tout en pronostiquant une probable amélioration de la capacité de travail. Était joint en annexe, un consilium psychiatrique du 22 janvier 2008 du Dr J. _____, chef de service et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressort les conclusions suivantes : “ Discussion II

s'agit donc d'un patient de 41 ans vu à une année d'évolution après une fracture pertrochantérienne droite lors d'un accident de voiture. Du point de vue psychique, le tableau actuel ne révèle pas de psychopathologie notable bien qu'une surcharge psychique est présente, avec un vécu douloureux persistant au premier plan. Il y a aussi une attitude générale plutôt passive. Dans ce contexte, je n'ai pas de mesures psychothérapeutiques particulières à formuler, si ce n'est de souligner l'importance d'une augmentation progressive de la responsabilisation active dans la réadaptation. ” Dans un rapport médical établi à la suite d'une consultation de l'assuré en date du 14 avril 2008, le Dr S. _____, médecin adjoint au service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, s'est prononcé en ces termes sur l'état de santé de l'examiné : “ Appréciation : l'évolution est donc, dans l'ensemble, favorable, dans le cadre d'une fracture grave. Toutefois, le patient n'en est pas convaincu. Lorsqu'on le fait marcher en lui donnant les mains, on s'aperçoit qu'il charge complètement son membre inférieur droit et il utilise davantage les cannes par habitude et équilibrage que par problème de décharge. Je l'ai donc adressé à M. [...], physiothérapeute, pour tonifier les abducteurs, rééducation à la marche avec une seule canne dans la main gauche, puis sans canne d'ici 4 semaines. Je lui ai refait une ordonnance de 40 cp [comprimés] de Dafalgan pour qu'il puisse poursuivre sa prise d'antalgique. Je lui ai proposé d'être revu à l'agence par le Dr P. _____, le médecin de la Suva, qui connaît son cas. Lors de ce contrôle à l'agence, une décision quant à une éventuelle reprise du travail ou un nouveau stage de reconditionnement à l'effort à la CRR devra être discuté. Du point de vue strictement orthopédique, aucune intervention n'est absolument nécessaire maintenant puisque la fracture est consolidée et que la vis céphalique n'est pas trop saillante. Une ablation de matériel fin 2008, voire début 2009, compte tenu du fait que la consolidation a été lente pourrait être envisagée mais n'améliorera très probablement pas le patient. Toutefois, je reconvoquerai le patient cet automne, pour un contrôle radioclinique, après avoir lu l'appréciation du Dr P. _____ à l'agence. ” Dans un rapport du 5 mai 2008 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), le Dr V. _____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne, a attesté une incapacité de travail totale de son patient dans la profession habituelle de maçon dès le 23 janvier 2007 et une capacité de travail de 70 % dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir : pas d'activité en position essentiellement debout dans différentes positions ou exercée en terrain irrégulier, pas de travail accroupi/à genoux, en rotation assis/debout, pas de port de charges de plus de 4 kilos et pas de montée d'échelle/échafaudage ni escaliers. A la suite d'un examen de l'assuré réalisé le 2 juin 2008, au terme d'un rapport du même jour, le Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, observait une évolution toujours caractérisée par la persistance d'importantes douleurs ainsi que paresthésie au membre inférieur droit, le déplacement n'étant possible qu'avec une canne opposée. Ce médecin indiquait ne pas avoir de proposition spécifique de traitement et retenait la persistance d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'activité d'aide-maçon. Dans un rapport du 28 juillet 2008 adressé au Dr S. _____, le Dr T. _____, spécialiste en neurologie, a constaté que l'exploration électroneuromyographique du membre inférieur droit de l'assuré permettait d'écarter la possibilité d'une éventuelle neuropathie ou d'un syndrome radiculaire de L4 à S1. Ce spécialiste estimait qu'il n'y avait ainsi pas de pathologie neurologique à l'origine des plaintes de l'assuré. Au terme d'un rapport d'examen du 6 novembre 2008, le Dr C. _____ a notamment relevé ce qui suit en lien avec l'état de santé de l'assuré : “ EN

RESUME : Notre assuré, né en 1967, maçon, se casse la hanche droite lors d'un AVP [accident de la voie publique] le 23.01.2007. Ostéosynthèse par clou Gamma qui évoluera très lentement. Plusieurs discussions sur la consolidation du foyer de fracture auront lieu. Le patient n'a jamais pu être sevré d'une canne. Fracture du plateau tibial externe droit traitée conservativement. Actuellement, les plaintes sont constituées par des douleurs localisées au flanc droit et irradiant dans tout le MID [membre inférieur droit]. Nécessité d'antalgie quotidienne. Douleurs parfois insomniantes. Périmètre de marche décrit comme limité à 10', grosses difficultés dans les escaliers. Objectivement, M. Q._____ se présente avec une thymie plutôt triste, sa gestuelle est ralentie et, lors de l'examen, tous les ordres sont exécutés avec une énorme prudence, parfois avec gestes de protection. Décrite comme impossible, la marche à plat se fait pourtant de manière tout à fait correcte, bien que lentement, une boiterie de type Duchenne étant introduite, par moments à droite, par moments à gauche. Le test de Trendelenburg n'est que très faiblement positif à droite, sans réelle chute du bassin. La station unipodale est tenue sans effort. Alors que la mobilité de la hanche droite n'est que peu restreinte, d'importantes douleurs sont signalées dans les positions extrêmes. Il n'y a aucune amyotrophie. Genou. Droit en bonne situation. Dans ces conditions, j'ai tendance à retenir une aggravation certaine lors de la description des symptômes ainsi qu'une retenue voire une exagération dans le comportement lors de l'examen clinique. Il est certain que des facteurs non-organiques se sont greffés sur la situation somatique, interférant avec la rééducation et la reprise d'une activité. Du point de vue assécurologique, M. Q._____ est actuellement encore en incapacité de travail dans l'ancienne profession. [...] ” Par communication du 19 décembre 2008, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'au vu de son état de santé actuel, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable. Dans un courrier médical du 11 mars 2009 adressé au Dr C._____, le Dr S._____ exposait qu'après discussion avec l'assuré ce dernier avait signalé des douleurs, qu'il était dans l'impossibilité de marcher sans une canne à gauche mais que malgré cela celui-ci avait renoncé à une intervention chirurgicale sous forme d'une ablation du matériel du fémur proximal droit. A la suite d'un nouvel examen de l'assuré pour un bilan final réalisé à la demande de la SUVA, dans un rapport du 24 juin 2009, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, s'est prononcé comme il suit sur l'état de santé ainsi que la capacité de travail résiduelle de l'assuré : “ APPRECIATION DU CAS : On se trouve, chez cet ouvrier du bâtiment, né en 1967, à 2 ans et 5 mois d'un accident s'étant soldé par une fracture basi-cervicale de la hanche droite traitée par clou Gamma, associée à une fissure du plateau tibial externe droit découverte secondairement et traitée conservativement sans problème particulier. La fracture trochantérienne a consolidé de façon satisfaisante malgré une petite zone distale où le trait de fracture est encore visible et l'apparition de quelques ossifications péri-trochantériennes. Les radiographies pratiquées ne démontrent actuellement pas d'évolution nécrosante ni dégénérative. Le tableau évolutif a été principalement marqué par la persistance et même l'extension de troubles douloureux atypiques et disproportionnés par rapport aux constatations objectives. Les plaintes, à l'examen de ce jour, sont rapportées plus haut et touchent aussi bien le bas de la colonne lombaire que l'ensemble du MID [membre inférieur droit] et même à présent la hanche gauche ! Les douleurs seraient continues et, selon l'assuré, l'empêcheraient de marcher sans canne. Objectivement, nous constatons une légère limitation des amplitudes articulaires de la hanche droite. La mesure des périmètres ne nous a cependant pas permis d'objectiver la différence que l'on pourrait attendre d'une épargne effective du MID. Les amplitudes articulaires des genoux sont

conservées et symétriques. Bien que l'on ne puisse nier l'existence de séquelles de la fracture, notamment au niveau des ossifications péri-articulaires et d'une consolidation pas encore entièrement achevée, ces séquelles n'expliquent pas l'ensemble du tableau douloureux. On peut donc raisonnablement conclure à l'existence de facteurs non-organiques qui ont influencé défavorablement l'évolution du cas. Sur le plan thérapeutique, dans l'état, nous ne voyons guère d'autres mesures à ce stade que celles de la surveillance espacée et à long terme de l'évolution post-fracturaire de la hanche, la prescription ponctuelle de traitements symptomatiques et éventuellement d'anxiolytiques. La question de l'adéquation entre l'accident et les troubles d'ordre psychosomatique susceptibles de grever le processus de réadaptation professionnelle pourra également être examinée par la Suva. Sur le plan strictement somatique, le retour vers une pleine capacité de travail dans une activité dans le bâtiment nous paraît aléatoire. En revanche, cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité sédentaire ou semi-sédentaire n'exigeant pas la marche en terrain irrégulier ni de déplacement prolongé ni de port de charges lourdes. Les séquelles fracturaires de la hanche droite et leur potentiel évolutif ouvrent le droit à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] qui fait l'objet d'une appréciation séparée. ” Dans un avis médical du 2 novembre 2009, le Dr Z. _____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a indiqué qu'il s'agissait en l'état d'attendre la détermination de la part de la SUVA sur la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré et que dans l'éventualité où l'assureur-accidents ne devrait pas tenir compte de ces problèmes psychiques, il s'agirait alors de mettre en œuvre un examen psychiatrique voire rhumato-psychiatrique de l'assuré. Le 11 février 2010, la SUVA a informé l'Office AI qu'elle n'était pas en mesure de reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident subi et d'éventuels troubles psychiques susceptibles d'influencer défavorablement l'évolution de l'assuré, de sorte qu'elle n'allait pas en tenir compte dans les prestations de rente allouées à l'intéressé. Au terme d'un avis médical SMR du 12 avril 2010, les Drs Z. _____ et N. _____ ont conclu à la nécessité d'organiser une expertise ou un examen SMR bidisciplinaire (rhumatologique/psychiatrique) de l'assuré afin de pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de celui-ci compte tenu de la globalité de son état de santé. Dans un rapport d'examen pluridisciplinaire du 8 octobre 2010, établi à la suite d'un examen clinique du 15 juin 2010 de l'assuré, les Drs R. _____, spécialiste en rhumatologie et L. _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, du Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) de [...], n'ont pas posé de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'examiné. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail retenus étaient ceux de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique depuis fin mai 2010 (F 32.0) et de syndrome douloureux chronique après fracture pertrochantérienne droite consolidée sans ablation de matériel d'ostéosynthèse. Leurs constatations et conclusions étaient les suivantes : “ Situation actuelle et conclusions : Sur le plan somatique, on est en présence, pour toute observation objective, que d'une légère limitation fonctionnelle de la hanche droite se manifestant par la restriction des amplitudes articulaires qui sont douloureuses au maximum. Paradoxalement, on ne relève aucune hypotrophie musculaire dans le membre inférieur droit (les circonférences des cuisses sont symétriques) et par contre, apparaissent des signes de non organicité selon Waddell qui se manifestent lors de l'examen du rachis. La marche sur les talons et la pointe des pieds est impossible en raison de douleur[s] dans la hanche droite alors que l'appui monopodal soutenu est possible des deux côtés. Toutes ces observations nous amènent à conclure que

l'assuré souffre d'un syndrome douloureux avec exagérations des symptômes sans lésion anatomique susceptible de l'expliquer. Comme pour les autres intervenants, en l'absence d'éléments objectifs, nous devons conclure à une absence d'incapacité de travail. Au cas où, peu probable, la présence du matériel d'ostéosynthèse était désignée comme responsable des douleurs, l'ablation de celui-ci pourrait se faire facilement et serait exigible. Sur le plan psychique, l'anamnèse indique une symptomatologie dépressive légère accompagnée de symptômes anxieux intermittants et légers. On retrouve trois critères B de l'épisode dépressif : Une humeur légèrement déprimée, intérêts et les plaisirs absents, pas de perte d'énergie, mais une fatigue avec diminution des activités. Trois critères C sont retrouvés : image de soi négative et confiance en soi fortement diminuée, idées dépressives, troubles neurocognitifs légers. Les troubles du sommeil sont surtout dus aux douleurs (certains réveils nocturnes à cause des cauchemars). La libido est modérément diminuée, mais il n'y a, avec la perte des intérêts, que deux symptômes somatiques, il n'y a donc pas de syndrome somatique. Les conditions de base sont respectées, à savoir cet épisode persiste au-delà de deux semaines, il n'y a pas de critères maniaques ou hypomaniaques, pas de substance psychoactive, ni de trouble mental organique. Dans ses activités quotidiennes, les capacités sont limitées par les douleurs. Il n'y a donc pas un impact majeur des symptômes dépressifs sur le quotidien. L'examen psychiatrique met en évidence des signes légers compatibles avec un épisode dépressif léger (fatigabilité, visage fermé, léger abattement, impatience liée à la fatigue, idées morbides légères). Par ailleurs, l'hygiène corporelle et vestimentaire est maintenue et l'expression émotionnelle est fluctuante. Le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique peut donc être retenu. Concernant les plaintes douloureuses, étant donné qu'il n'existe pas de preuve formelle d'un substrat organique, mais qu'une atteinte organique a tout de même existé, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques peut être évoquée. Les douleurs entraînent des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes. On observe, à l'examen objectif, un comportement douloureux alors que l'assuré ne change pas de position et peut rester assis durant tout l'entretien. Ceci suggère une exagération des plaintes. Monsieur Q. _____ reste fixé sur les plaintes physiques. Pour ces raisons, nous retenons le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En conclusion, Monsieur Q. _____ a présenté un trouble de l'adaptation en 2007, suite à l'accident, qui s'est résolu spontanément comme en témoigne l'évaluation psychiatrique de janvier 2008. En parallèle, il présente une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui évolue chroniquement sans être en soi une source de limitation ou d'incapacité de travail. Il présente aussi un épisode dépressif léger sans syndrome somatique d'apparition récente, probablement en lien avec l'arrêt des prestations de la SUVA survenu fin mai dernier et dans le contexte général à la fois somatique et psychologique. Cet aspect réactionnel permet d'envisager une évolution favorable. Cet épisode dépressif n'entraîne pas de limitation ou d'incapacité de travail. Monsieur Q. _____ pense ne pas avoir besoin de suivi psychiatrique, il est vrai qu'il ne paraît pas accessible à une approche psychothérapeutique. La capacité de travail est donc entière et sans limitation. " Les experts du CEMed se sont également prononcés comme il suit sur la capacité de travail de l'assuré : " B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique Aucune. Sur le plan psychique et mental Aucune. Sur le plan social Aucune. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Pas d'influence objective déterminée. 2.2 Description précise de la

capacité résiduelle de travail Capacité complète. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? 100%. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure? Non. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Incapacité temporaire en 2007 suite à l'accident. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Nulle dès janvier 2008. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel? Oui. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants la possibilité de s'habituer à un rythme de travail l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social la mobilisation des ressources existantes Si non, pour quelles raisons? Pas d'indication. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Pas d'indication. 2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré (e) ? Pas d'indication. 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure? 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Remarques et/ou autres questions: " Le 9 novembre 2010, sur demande des médecins du SMR, les experts du CEMed ont apporté les précisions complémentaires suivantes à leur rapport du 8 octobre 2010 : "[...] Vous serait-il possible de nous résumer l'incapacité de travail que vous estimez dans une activité habituelle et adaptée, ainsi que les taux depuis l'accident, c'est-à-dire depuis janvier 2007 ? Selon les documents au dossier, l'accident a eu lieu le 23.01.2007. L'IT [incapacité de travail] est pratiquement à considérer comme complète pour toute activité du 23.01.2007 au 24.06.2009, date de l'examen final du médecin d'arrondissement Suva qui retient une exigibilité complète dans une activité adaptée. Cette exigibilité aurait pu être évoquée à une date antérieure, en particulier dès le 14.04.2008, date à laquelle le Dr S. _____ constate la guérison orthopédique (matériel d'ostéosynthèse en place). Le 06.11.2008, le médecin d'arrondissement Suva constate que ce sont des facteurs non organiques qui interfèrent avec la reprise d'activité. L'expertise CEMed du 15 juin 2010 retient une exigibilité complète dans toute activité accessible à l'assuré, dont l'activité exercée auparavant. La date à laquelle pourrait débiter cette exigibilité n'est donc pas janvier 2008, comme mentionné p. 15 sous point B.2.6 de l'expertise, mais au plus tôt avril 2008. " Au terme d'un rapport SMR du 3 décembre 2010, les Drs H. _____ et N. _____ ont retenu en tant qu'atteinte principale à la santé, celle d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.0). Sur la base des constatations de l'expertise du CEMed, les médecins du SMR estimaient que l'assuré présentait une capacité de travail totale dès janvier 2008. Par projet de décision du 14 décembre 2010, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations compte tenu d'une capacité de travail et de gain entière de celui-ci dans son activité habituelle à partir du 1 er janvier 2008. A la suite des déterminations de l'assuré du 12 janvier 2011, les Drs H. _____ et N. _____ relèvent finalement, par avis du 29 mars 2011, en s'alignant sur les conclusions du dossier de la SUVA que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de manœuvre sur chantiers est de 0 % dès le 23 janvier 2007 et la capacité de travail dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec les limitations

fonctionnelles suscitées (éviter la marche en terrain irrégulier, éviter les déplacements prolongés, pas de port de charges lourdes) est de 100 % à partir de juin 2009 (rapport du Dr P. _____). Le 1^{er} juin 2011, l'assuré a remis à l'Office AI, un rapport médical du 17 mai 2011 établi par son médecin traitant (Dr V. _____), à la teneur suivante : “ A qui de droit, Je suis le médecin traitant de Monsieur Q. _____ depuis le 27 mars 2007. Par rapport à mon rapport médical daté du 5 mai 2008, je constate une aggravation de son état de santé. Subjectivement, Monsieur Q. _____ se plaint d'une aggravation de douleurs lombaires avec irradiations dans les deux MI [membres inférieurs] prédominant du côté droit. Ces douleurs augmentent à la mobilisation mais surviennent également la nuit au point de le réveiller. Objectivement, je constate une douleur lombaire irradiante dans la fesse droite lors de l'hyper extension et la flexion antérieur[e] du rachis lombaire. Une grande difficulté à se mettre sur la pointe des pieds. Une douleur à la rotation et à la flexion de la hanche droite. Une hypoesthésie sur la face latérale de la cuisse et de la jambe droite. On relève également une HTA [hypertension artérielle] qui a nécessité la prise d'un traitement hypotenseur depuis le début de l'année 2011. En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous adresse mes meilleures salutations. ” Dans un nouveau projet d'acceptation de rente du 7 septembre 2011 – qui annule et remplace le précédent projet de décision du 14 décembre 2010 –, intégralement confirmé selon décision rendue le 12 décembre 2011, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière, limitée dans le temps, du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. L'Office AI a retenu qu'à partir du mois de juin 2009, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail raisonnablement exigible à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de sorte qu'après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), il en résultait un degré d'invalidité de 8.22 % n'ouvrant par conséquent plus le droit à la rente. B. Par arrêt du 18 juin 2012 (CASSO AI 18/12 – 203/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé le 26 janvier 2012, annulé la décision rendue le 12 décembre 2011 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan médical et nouvelle décision. Il ressort en particulier ce qui suit de cet arrêt de renvoi : “[...] vu le rapport de la Dresse G. _____ du Service de rhumatologie du CHUV du 23 février 2012, qui pose notamment le diagnostic de lombo-sciatalgies bilatérales aspécifiques dans un contexte de dysbalances musculaires, déconditionnement physique et psychologique, et qui relève que l'assuré est probablement inapte pour un reclassement professionnel tout en préconisant la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire, vu la réponse de l'OAI du 29 mars 2012, qui expose qu'il a soumis le rapport précité au SMR pour appréciation et qu'il se raille à l'avis médical SMR établi le 23 mars 2012 par les Drs H. _____ et N. _____ lesquels préconisent la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique tout en constatant ce qui suit: “1) Au paragraphe 26 [du recours], il est noté qu'il n'y a pas eu d'évaluation psychiatrique dans le dossier. Or, notre assuré a eu une expertise bidisciplinaire et notamment psychiatrique au CEMed en juin 2010 avec le Dr L. _____ qui est psychiatre FMH. 2) Dans le paragraphe 31 [du recours], Me Liechti évoque le rapport du Dr W. _____ du 18.12.2010 et mentionne que la SUVA a évalué une capacité de travail à 80 %. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité a été estimée à 20% par la SUVA et le Dr W. _____ a dû confondre incapacité de travail à 20% et atteinte à l'intégrité de 20%. 3) Concernant le paragraphe 40 [du recours], Me Liechti mentionne qu'il ressort très clairement que le recourant est totalement incapable de travailler dans le métier qui était le sien dans la construction et l'avis SMR du 29.03.2011

était d'accord avec ce fait, suivant la proposition de la SUVA. 4) Concernant l'impossibilité totale de travailler, notamment dans une activité adaptée, nous nous étions alignés sur l'avis de la SUVA qui proposait une pleine capacité de travail dans toute activité sédentaire ou semi-sédentaire avec des limitations fonctionnelles telles que pas de marche en terrain irrégulier, pas de déplacement prolongé ni port de charges. 5) au paragraphe 41 et 42 [du recours], il est noté que le Dr V._____, médecin traitant, est d'avis que le recourant est dans l'impossibilité en raison d'un état de santé de reprendre une activité professionnelle quelconque, et doit être mis au bénéfice d'une rente AI complète. Ceci est en contradiction avec le rapport du Dr V._____, médecine interne du 21.11.2011, que Me Liechti nous a envoyé dans sa correspondance du 05.03.2012 [recte : 26.01.2012]. Il écrit notamment que son incapacité de travail dans son ancienne profession de manoeuvre serait toujours de 100 % et probablement de 40 % à 50 % dans une activité adaptée à sa pathologie et il a pris un rendez-vous à la consultation spécialisée du rachis en décembre 2011 pour appuyer une incapacité de travail persistante d'au moins 40 % dans une activité adaptée, depuis le 01.09.2008. Par ailleurs, dans la correspondance juridique du 01.06.2011, Me Liechti nous a adressé: 1/ Une lettre du Dr V._____ du 17.05.2011, qui mentionne que par rapport à son précédent rapport médical du 05.05.2008 il existe une aggravation de l'état de santé avec une augmentation des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs et une douleur de la hanche D. 2/ Nous avons également eu un rapport de la Dresse G._____, CHUV rhumato[logie], du 23.02.2012 qui porte le diagnostic -de lombosciatalgies bilatérales aspécifiques dans un contexte de dysbalance musculaire, déconditionnement physique et psychologique. -Status post-fracture per-trochantérienne du côté D en 2007 traitée par ostéosynthèse par clou gamma. -Status post-fracture du plateau tibial du genou D traité conservativement. Notre assuré a toujours renoncé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. L'examen neurologique est normal. Sur la RX [radiographies] de la hanche D, le clou est en place avec une bonne consolidation. Les RX de la colonne objectivent un pincement L5-S1. Il existe donc une situation de douleurs lombaires chroniques et de douleurs atypiques dans les membres inférieurs, qui s'explique par une insuffisance musculaire et un déconditionnement psychologique. L'assuré semble figé dans son statut douloureux, sans comprendre la nécessité d'un traitement actif de physiothérapie pour remédier à son déficit musculaire. Dans ces conditions, elle conclut que la capacité de travail est vraisemblablement nulle dans son ancien travail de manoeuvre sur chantier et qu'il est inapte pour un reclassement professionnel. Elle conclut à l'utilité d'une expertise[.] En conclusion, 1) Sur le plan psychique notre assuré a eu une expertise en juin 2010 par le Dr L._____, psychiatre FMH, qui portait comme diagnostics: -épisode dépressif léger sans syndrome somatique, -majoration des signes physiques pour des raisons psychologiques. Il retenait une capacité de travail de 100 % sur le plan psychique. Signalons en outre que le Dr V._____, médecine interne, dans son rapport de mai 2008 et dans les rapports suivants, notamment de novembre ou mai 2011 ne mentionnait pas de maladie psychiatrique. 2) Sur le plan somatique: - Nous nous étions alignés dans l'avis SMR du 29.03.2011 sur la SUVA avec une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de maçon et une capacité de travail dans une activité adaptée de 100%. - On peut considérer qu'il existe un fait nouveau avec la lettre du Dr V._____ du 17.05.2011 et le rapport de la Dresse G._____, rhumatologue au CHUV du 23.02.2012, avec l'apparition de lombosciatalgies bilatérales non spécifiques et en rapport avec des dysbalances musculaires et un déconditionnement physique. - La Dresse G._____ parle d'une capacité de travail vraisemblablement nulle dans son ancien travail de manoeuvre sur

chantier. - Elle mentionne qu'il est inapte pour un reclassement professionnel, en raison de dysbalance musculaire chez un assuré inactif depuis cinq ans. Mais elle n'a pas chiffré de capacité de travail et s'en remet à une expertise. Me Liechti, dans sa lettre du 07.03.2012, demande une expertise pluridisciplinaire. En conclusion: 1) Nous pensons que, sur le plan psychiatrique, le dossier a été bien étudié et est très clair. 2) Sur le plan somatique, les lombalgies peuvent apparaître comme un fait nouveau et nous proposons une expertise rhumatologique." vu les pièces au dossier; [...] qu'en l'espèce, dans sa réponse du 29 mars 2012, l'OAI convient de la nécessité de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires sur le plan somatique par la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique, compte tenu des lombosciatalgies bilatérales apparues au milieu de l'année 2011; (...) qu'il faut constater, à l'instar des médecins du SMR, que l'état de santé psychique de l'assuré a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts psychiatres de la CRR et du CEMed, qui relèvent, comme la Dresse G._____, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui évolue chroniquement, mais qui ne limite pas selon les experts la capacité de travail, que la décision attaquée du 12 décembre 2011 doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA, (...) " C. L'OAI a mandaté le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, pour réaliser une expertise rhumatologique. Au terme de son rapport du 6 décembre 2012, établi à la suite d'un examen clinique de l'assuré en date du 3 décembre 2012, le Dr X._____ s'est notamment prononcé en ces termes sur l'état de santé de l'expertisé : " 4. DIAGNOSTICS 4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail: • Ostéosynthèse d'une fracture pertrochantérienne le 23 janvier 2007. • Lombo-pseudo-sciatalgies chroniques 4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: • Fracture du plateau tibial externe du genou droit le 23 janvier 2007 • Syndrome de tunnel carpien droit 5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC M. Q._____ est un assuré de 45 ans, victime d'un accident de circulation le 23 janvier 2007 entraînant une fracture pertrochantérienne droite pour laquelle il a bénéficié d'une ostéosynthèse par clou gamma et une fracture du plateau tibial externe du genou droit qui sera traitée de manière conservatrice. L'assuré va garder au fil des mois et des années des douleurs de la hanche droite se compliquant d'une irradiation douloureuse intéressant la fesse et la face postéro-externe du membre inférieur droit, de même que le pli inguinal de ce côté mais aussi des lombalgies. Dans son rapport du 11 décembre 2007, le médecin d'arrondissement de la SUVA fait état que le dos de l'assuré lui fait également mal de temps en temps. Malgré une hospitalisation pour rééducation fonctionnelle à la CRR de Sion entre les 31 janvier et le 28 février 2007 puis entre les 16 janvier et 5 février 2008, les symptômes persistent. Un scanner réalisé le 1 er février 2008 va mettre en lumière une pseudarthrose de la fracture pertrochantérienne droite et un nouveau scanner réalisé le 19 juin 2008 va vérifier une consolidation quasi complète. Le Dr S._____ médecin adjoint du service d'orthopédie du CHUV amené à examiner l'assuré à de nombreuses reprises entre 2008 et 2009 va faire état dans son rapport médical du 4 juillet 2008 d'une coxarthrose droite mise en lumière par le scanner pratiqué au mois de juin de la même année, émettant un doute sur la consolidation trochantérienne au niveau du calcar. Alors que l'assuré avait déjà été examiné lors de son séjour à la CRR en début 2008 par un neurologue qui avait permis d'écarter une pathologie neurologique expliquant les symptômes douloureux du membre inférieur droit dont faisait allégation l'assuré, ce dernier est à nouveau examiné par un neurologue le 28 juillet 2008 qui, sur la base de son examen

clinique complété par un EMG [électromyographie], va lui aussi infirmer toute implication d'une problématique neurologique à l'origine des douleurs. A sa consultation du 2 février 2009 le Dr S. _____ fait commentaire d'un bilan radiologique retenant toujours une fracture pertrochantéreinne complexe consolidée à 80% avec un clou gamma en place. Ce confrère postule dès lors pour l'ablation du clou gamma possiblement partiellement responsable des douleurs dont souffre l'assuré, assuré qui va finalement refuser cette chirurgie compte tenu de ces risques et de son pronostic aléatoire. Examiné le 24 juin 2009 par le médecin de l'arrondissement de la SUVA, l'assuré fait part non seulement des douleurs intéressant la hanche droite et le membre inférieur de ce côté mais aussi des douleurs de la hanche gauche lorsqu'il marche et de même que des douleurs du bas du dos. Ce confrère va retenir une fracture pertrochantérienne consolidée de façon satisfaisante malgré une petite zone distale où le trait de fracture est encore visible, postulant que le retour vers une pleine capacité de travail dans une activité dans le bâtiment paraît aléatoire mais entière dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, n'exigeant pas la marche en terrain irrégulier ni de déplacement prolongé ni de port de charge lourde. L'assuré va enfin bénéficier d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique au CEMed le 15 juin 2010, [l']expert somaticien retenant une capacité de travail complète et sans limitation dans toutes activités. Dans son rapport médical du 17 mai 2011, le Dr V. _____ fait mention d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur la base subjective d'une aggravation de douleur lombaire avec irradiation dans les deux membres inférieurs prédominant du côté droit rapportées par l'assuré, algies augmentant à la mobilisation mais survenant également la nuit au point de se réveiller. Ce confrère constate une douleur lombaire irradiant à la fesse droite lors de l'hyper-extension et la flexion antérieur[e] du rachis lombaire, une difficulté à se mettre sur la pointe des pieds, une douleur à la rotation et la flexion de la hanche droite, une hypoesthésie sur la face latérale de la cuisse et de la jambe droite. Examiné le 21 février 2012 par la Dresse G. _____ de l'unité rachis du CHUV, cette consœur retient pour diagnostic des lombosciatalgies bilatérales aspécifiques dans un contexte de dysbalances musculaires, déconditionnement physique et psychologique. Elle postule que sa capacité de travail est vraisemblablement nulle dans son ancien travail de manoeuvre sur chantier et que rapidement et sans beaucoup d'élément objectif, elle tire la conclusion que l'assuré est inapte pour un reclassement professionnel. L'assuré quant à lui fait état d'une aggravation de ses lombalgies depuis environ 1 année, symptomatologie prolongée aux membres inférieurs sur un trajet postéro-externe à laquelle s'associe des paresthésies ressenties comme des fourmillements sur les mêmes territoires. Il relate par ailleurs une faiblesse des membres supérieurs et des paresthésies ressenties comme des fourmillements des mains depuis quelques mois et pour lesquelles il a bénéficié d'un bilan neurologique avec EMG dans le service de neurologie du CHUV le 18 octobre 2012, médecins vérifiant un syndrome de tunnel carpien droit sur la base d'un EMG relevant une conduction nerveuse motrice et sensitive avec latence prolongée. L'examen clinique de ce jour relève un certain déconditionnement physique, marqué par une certaine hypotonie tronculaire et un relâchement de la sangle abdominale. On retrouve de discrets troubles statiques du rachis, une mobilité cervicale complète et indolore, une altération douloureuse de la mobilité tronculaire toutefois non reproductible avec une distance doigts-sol de 40cm mais une distante doigts-orteils de 10cm lorsque l'assuré est assis sur la table d'examen les jambes tendues lors de l'auscultation respiratoire, l'assuré ne signalant aucune lombalgie particulière lors de cette manoeuvre. L'inclinaison latérale comme l'extension est complète, mobilisations algiques à la charnière lombo-sacrée dès l'initiation du geste, retrouvant des

douleurs à la palpation des apophyses épineuses postérieures et des masses musculaires s'y rattachant de tous les segments dorso-lombaires et des masses musculaires s'y rattachant sans contracture musculaire concordante significative, se rajoutant des zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaque et la musculature fessière prédominant à droite. On retrouve des douleurs mal systématisées à la palpation des péri hanches prédominant du côté droit. Au-delà d'une restriction modeste de la mobilité de la hanche droite, algique en fin de geste, il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif, la manoeuvre de Lasègue est négative, élévation des jambes tendues pouvant être portée au-delà de 85° des deux côtés sans douleur particulière. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force avec une trophicité musculaire conservée et symétrique des membres inférieurs. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité au-delà d'une hyposensibilité intéressant la globalité du membre inférieur droit sans respect radiculaire, retrouvant des difficultés qu'a l'assuré à se mettre sur la pointe des pieds comme des talons. Force est de constater que ni l'anamnèse ni l'examen clinique ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes présentés par l'assuré, leurs intensités, leurs localisations et le retentissement sur son fonctionnement. L'examen clinique reste marqué par des discordances et de nombreux signes de surcharge fonctionnelle constatés par pratiquement tous les médecins ayant été amenés à examiner l'assuré depuis 2008, éléments évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié. Au-delà d'un status bien réel après fracture trochantérienne droite et ostéosynthèse par clou gamma le 23 janvier 2007, la médialisation avec un matériel d'ostéosynthèse toujours en place, une coxarthrose droite et des troubles statiques somme toute modestes, rien ne permet d'expliquer la globalité des douleurs alléguées actuellement par l'assuré, douleurs possiblement initialement liées au retard de consolidation de sa fracture n'étant plus d'actualité, l'expert n'ayant pas d'explication organique quant aux douleurs présentées par l'assuré avec des examens ostéo-articulaires quasi superposables au fil du temps jusqu'au jour de l'expertise. Les radiographies de la colonne lombaire et du bassin réalisées le 21 février 2012 confirment une bonne consolidation de la fracture pertrochantérienne, une scoliose discrète à convexité droite, une structure osseuse normale comme les sacro-iliaques, un pincement postérieur de L5-S1 de même qu'un îlot dense en projection du corps vertébral de L1 compatible avec de très probables calculs rénaux à droite tel qu'il ressort des commentaires que fait la Dresse G._____ des radiographies précitées dans son rapport médical du 23 février 2012. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité professionnelle de manoeuvre dans la construction est de 50%. Dans une activité légère, sédentaire, voir[e] semi-sédentaire, excluant les ports de charges au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs du rachis en port[e]-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout aux 2 heures, évitant la marche prolongée principalement en terrain inégal, la capacité de travail de l'assuré est entière. Positionnement face aux rapports médicaux dans le dossier sur le plan rhumatologique: Le médecin de l'arrondissement de la SUVA dans son rapport médical du 24 juin 2009 dans le cadre d'un examen clinique pratiquement superposable à celui réalisé par l'expert ce jour retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ne se prononçant pas stricto sensu de [recte : sur] la capacité de travail de l'assuré dans son ancien travail, médecin d'arrondissement faisant juste appréciation qu'une pleine capacité dans le domaine du bâtiment lui paraît aléatoire. Pour ce qui est de l'expertise du CEMed réalisé[e] en juin 2010, l'expert pense que l'expert amené à examiner l'assuré a sous-estimé les limitations fonctionnelles bien présentes de la

hanche droite à l'examen clinique dans le cadre d'une coxarthrose vérifiée au scanner de 2008, la médialisation et les douleurs possiblement liées au matériel d'ostéosynthèse toujours présent, problématiques pouvant avoir un certain retentissement sur le fonctionnement de l'assuré dans le cadre de son activité professionnelle de manoeuvre dans la construction que l'expert juge de 50%. Par ailleurs, l'expert s'aligne à une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré tel que déjà postulé par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 24 juin 2009 et comme l'expert du CEMed, postulant pour faire remonter cette capacité au 14 avril 2008, date du contrôle auprès du Dr S._____. Pour ce qui est de l'appréciation du Dr W._____ du 18 décembre 2010, ce confrère ne disposait pas de l'ensemble du dossier pour le moins complexe lui permettant de prendre une décision correcte, se fiant aux dires de l'assuré quant à l'invalidité de la SUVA reconnue après comparaison économique des revenus ou atteinte à l'intégrité. Pour ce qui est de l'avis du Dr V._____, le médecin traitant de l'assuré fait état d'une aggravation subjective des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs et prédominant du côté droit tandis qu'objectivement il s'appuie sur des douleurs lombaires irradiant la fesse droite lors de l'hyper-extension et la flexion antérieur[e] du rachis lombaire et une grande difficulté à se mettre sur la pointe des pieds, expert qui ne constate ce jour pas de véritable limitation fonctionnelle tronculaire en inclinaison comme en extension, retrouvant lui aussi et par ailleurs comme la Dresse G._____ amenée à examiner l'assuré cette difficulté à se mettre sur la pointe des pieds. Ces derniers troubles restent sans explication organique avec des lâchages moteurs massifs déjà remarqué[s] lors du deuxième séjour à la CRR en 2008, deux examens neurologiques successifs en 2008 par des confrères différents ont permis d'écarter une atteinte neurologique. Pour ce qui est de la Dresse G._____, cette consoeur fait description de radiographies du bassin comme lombaire relativement normale[s] sans trouble dégénératif statique manifeste permettant d'expliquer la globalité des symptômes. Cette consoeur retrouve une altération douloureuse de la mobilité de la hanche droite que l'expert retrouve ce jour, un Schober lombaire de 10 démontrant dès lors un bon déroulement lombaire inférieur sans verrouillage, rajoutant une distance doigts-sol de 39cm que l'expert confirme ce jour par une distance doigts-sol pratiquement similaire mais toutefois difficile d'appréciation puisque la distance doigts-orteils est de 10cm lorsque l'assuré est assis sur la table d'examen les jambes tendues lors de l'auscultation respiratoire, l'assuré ne manifestant aucune lombalgie particulière lors de cette manoeuvre. Cette consoeur n'a pas recherché explicitement à son examen clinique des signes de surcharges fonctionnelles qui sont par ailleurs nombreux et reconnus par les divers médecins ayant été amenés à examiner l'assuré au fil des années depuis 2008, faisant tout de même mention de douleurs atypiques des membres inférieurs qu'elle explique par une insuffisance musculaire et un déconditionnement psychologique, consoeur faisant l'amalgame de problèmes ostéo-articulaires mais aussi psychologiques permettant d'expliquer les symptômes de l'assuré qui sortent de son domaine de compétence, rendant son avis quant à l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré sans fondement objectif. Par ailleurs cette consoeur précise se prononcer sans beaucoup d'éléments objectifs pour tirer également la conclusion que l'assuré est inapte pour un reclassement professionnel.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés. Du point de vue qualitatif et rhumatologique uniquement, l'assuré présente des limitations fonctionnelles comportant les travaux lourds, les ports de charges dépassant 10kg, les mouvements répétitifs du rachis en port[e]-à-faux, activité sédentaire ou

semi-sédentaire évitant la marche prolongée en terrain irrégulier, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout en 2 heures. Du point de vue quantitatif et rhumatologique uniquement, la capacité de travail de l'assuré est de 50% dans son ancienne activité professionnelle de manoeuvre et entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici : 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? L'activité professionnelle de manoeuvre dans la construction implique des ports de lourdes charges, des déplacements prolongés et souvent dans des terrains accidentés. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail? Cf. 1. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Oui. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? La capacité de travail de 50% intègre la diminution de rendement. 2.5 Depuis quand au point de vue médical y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 23 janvier 2007. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'expert retient une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité professionnelle de manoeuvre dans la construction dès le 24 juin 2009 date à laquelle l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA et entière dans une activité adaptée dès le 14 avril 2008 date à laquelle le Dr S. _____ a été amené à examiner l'assuré. C. INFLUENCES SUR LA

READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Oui, mais paraissent toutefois difficile d'aboutir chez un assuré ne se voyant plus exercer aucune activité professionnelle quelconque en raison de ses douleurs, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assuré. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? 2.1 Si oui par quelles mesures? Non. 2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Pas de réponse. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Toutes les activités professionnelles respectant les limitations fonctionnelles décrites 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? 100% 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Non ” Dans un avis médical du 15 janvier 2013, les Drs M. _____ et N. _____ du SMR ont pris position comme il suit sur le cas de l'assuré : “ Assuré de 45 ans, sans formation spécifique, maçon, victime d'un accident de la circulation le 23.01.2007, ayant entraîné une fracture pertrochantérienne D pour laquelle il a bénéficié d'une ostéosynthèse par clou gamma et une fracture du plateau tibial externe du genou D, qui sera traitée de manière conservative. L'assuré va garder au fil des mois et des années des douleurs de la hanche D, se compliquant d'une irradiation douloureuse intéressant la fesse et la face postéro-externe du membre inférieur D, de même que le pli inguinal de ce côté, mais aussi des lombalgies. La symptomatologie est persistante malgré une hospitalisation pour rééducation fonctionnelle à la Clinique Romande de Réadaptation de Sion entre le 31.01.2007 et le 28.02.2007 et entre le 16.01.2008 et le 05.02.2008. Un CT-scan réalisé le 01.02.2008 objective une pseudarthrose de la fracture pertrochantérienne D, cet examen est répété le 19.06.2008, qui montre une consolidation quasi complète. L'assuré va bénéficier d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique au CeMED le 15.06.2010, l'expert somaticien retient une capacité de travail complète et sans limitation dans toutes les activités. Au plan psychiatrique, cette expertise ne met pas en évidence une pathologie incapacitante. Le 23.03.2012, le SMR s'aligne sur les conclusions de la SUVA qui retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de maçon et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Ce projet de décision est contesté par l'assuré soutenu

dans sa démarche par la Dresse G. _____, rhumatologue au CHUV, qui signale des lombalgies datant de 2011 à caractère invalidant. Dans son arrêté du 18.06.2012, la Cour des Assurances sociales demande un complément d'investigations qui a été réalisé le 06.12.2012 avec une expertise médicale rhumatologique réalisée par le Dr X. _____.

Nous avons reçu ce document. Nous avons apprécié une expertise particulièrement détaillée dans l'aspect médical et juridique de ce dossier complexe. Le contenu de l'expertise, en particulier la discussion des points litigieux figurant à la page 13, nous permet de retenir les valeurs asséculo-logiques suivantes: Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0% du 23.1.2007 au 23.6.2009 puis: 50% du 24.06.2009, en cours. Capacité de travail dans une activité adaptée : 100% dès le 14.04.2008 (date de l'examen du DR S. _____, orthopédiste) Le Dr X. _____ retient une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de maçon, en raison de la discordance qui existe entre la symptomatologie et les données anamnestiques et objectives fournies par les éléments cliniques et radiologiques. L'expert évoque la possibilité d'un syndrome douloureux chronifié. ” Par projet d'acceptation de rente du 22 février 2013, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière, limitée dans le temps, du 1^{er} janvier 2008 au 31 juillet 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. L'Office AI a retenu, sur la base des constatations de l'expertise du Dr X. _____, qu'à partir du 14 avril 2008, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail raisonnablement exigible à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de sorte qu'après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), il en résultait un degré d'invalidité de 8.49 % n'ouvrant par conséquent plus le droit à la rente. Le 28 mars 2013, l'assuré a fait part des ses déterminations sur le projet précité. Il avançait en particulier que le rapport d'expertise du Dr X. _____ se contentait de brosser son anamnèse sur plus de dix pages et qu'en retenant une capacité de travail à 50 % dans l'activité professionnelle habituelle, l'expert se contredisait radicalement dès lors que l'ensemble des médecins consultés avaient établi une incapacité de travailler totale de l'assuré en ce domaine. De plus, selon l'assuré, le chiffre 2.6 de l'expertise du Dr X. _____ était incompréhensible. Renvoyant l'Office AI à l'avis de son médecin traitant (Dr V. _____), l'assuré s'opposait à une rente ainsi limitée dans le temps. Dans un avis médical SMR du 27 mai 2013, les Drs M. _____ et B. _____ ont pris position comme il suit sur les critiques de l'assuré du 28 mars 2013 : “ Actuellement dans sa lettre du 28.03.2013, Maître Liechti critique: 1. La rédaction du projet de décision de l'OAI du 22.02.2013: nous laissons bien évidemment cet aspect à des compétences spécifiques qui ne sont pas les nôtres. 2. L'expertise du Dr X. _____ qui est jugée incompréhensible dans certains de ses aspects, notamment au point 2.6. et reproche certains aspects de son exécution. Voici nos considérations: nous ne savons pas si nous avons pris connaissance du même document évalué par Maître Liechti car: • Nous n'avons pas trouvé le point 2.6 auquel il se réfère. • Pour ce qui est de la récolte de l'anamnèse et l'exécution du status, nous avançons ce qui suit: la récolte d'une anamnèse précise est déterminante dans l'exercice de la médecine, une rédaction encore plus soignée et pointue est capitale dans un contexte d'expertise. Contrairement à l'appréciation de Maître Liechti, nous apprécions la rigueur de sa rédaction. Le status clinique est également de facture précise comme attendu selon les recommandations de la SIM [Swiss Insurance Medicine]. • Nous ne savons pas dans quel contexte insérer la remarque suivante de Maître Liechti: « le Dr V. _____ connaît mieux Monsieur Q. _____... ». Il nous paraît inutile de rappeler que nous sommes dans un contexte d'expertise et que la non connaissance de l'expertisé est

nécessaire pour que la procédure soit respectée. Nous rajoutons que le médecin traitant peut (doit ?) être empathique comme souhaité dans une alliance thérapeutique mais que le mandat de l'expert est autre. Pour ces raisons nous confirmons notre position dictée dans l'avis médical SMR du 15.01.2013. • Nous proposons de faire parvenir une copie de la lettre de Maître Liechti du 28.03.2013 ainsi qu'une copie de l'avis SMR du 15.01.2013 et du présent au Dr X. _____ afin qu'il puisse en prendre connaissance et réagir s'il l'estime nécessaire. ” Le 5 juin 2013, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise du Dr X. _____ se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical, que ses conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées, de sorte que ladite expertise avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence en la matière. Ne contenant par ailleurs aucun élément apte à mettre en doute les conclusions de l'expert précité, l'avis du Dr V. _____ n'était pas déterminant en l'occurrence. Retenant que la contestation du 28 mars 2013 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position, l'Office AI a intégralement confirmé la teneur de son projet d'acceptation de rente du 22 février 2013. Par décision du 21 juin 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 31 juillet 2008. Il a également demandé à l'assuré la restitution des rentes précédemment versées du 1^{er} août 2008 au 31 août 2009 ceci pour un montant total de 33'068 fr., selon le décompte suivant : “ Décompte Droit de janvier 2008 à juillet 2008 7 mois à CHF 2'354.00 CHF 16'478.00 Intérêts moratoires CHF 2'884.00 Montant total CHF 19'362.00 Prestations déjà versées CHF -47'664.00 Intérêts moratoires déjà versés CHF - 4'766.00 Montant en notre faveur CHF 33'068.00” L'OAI précisait toutefois que la bonne foi de l'assuré ne faisait aucun doute et qu'il avait la possibilité de présenter dans les 30 jours une demande d'examen de la charge trop lourde que pourrait constituer l'obligation de restituer la somme de 33'068 francs. Etait jointe en annexe à cette décision, la motivation suivante : “ Résultat de nos constatations : Depuis le 23 janvier 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. C'est en effet à cette date que vous avez été victime d'un accident. Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de maçon. Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional. Vous avez notamment été convoqué par le Dr X. _____ le 3 décembre 2012 en vue d'une expertise rhumatologique. Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, soit le 23 janvier 2008, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité, ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%. Toutefois, à partir du 14 avril 2008, votre état de santé s'est amélioré et nous constatons que votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes : pas de travaux lourds, pas de port de charges dépassant 10kg, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, pas de marches prolongées en terrain irrégulier, nécessité d'alterner les positions assise et debout. Tel est le cas dans une activité d'ouvrier de production, d'employé d'exploitation ou de préparateur de commandes. Dans ces conditions, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En

l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4806.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, tableau B 9.2). ce montant doit être porté à CHF 4998.24 (CHF 4806.00 x 41,6 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59978.88. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53980.99. Sans atteinte à la santé et dans votre activité habituelle, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de CHF 58988,00 pour l'année 2008. Comparaison des revenus: sans invalidité CHF 58988.00 avec invalidité CHF 53980.99 La perte de gain s'élève à CHF 5007.01 = un degré d'invalidité de 8.49 % Notre décision est par conséquent la suivante: Du 1 er janvier 2008 au 31 juillet 2008, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé, le droit à une rente entière est reconnu. " D. Par acte du 20 août 2013, Q. _____, représenté par Me Philippe Liechti, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Le recourant conclut, avec dépens, principalement, à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise « conforme aux considérants rendus par la Cour des assurances sociales dans son arrêt rendu en date du 18 juin 2012 » et, subsidiairement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que son droit à une rente entière lui est reconnu dès le 1 er janvier 2008 sans restriction de temps, la restitution du montant de 33'068 fr. étant annulée, respectivement assortie de l'effet suspensif jusqu'à droit connu sur le fond du litige. En substance, le recourant reproche en premier lieu à l'OAI de s'être fondé dans la décision litigieuse de manière erronée sur le rapport d'expertise du Dr X. _____. A le suivre, cette expertise serait contradictoire dans la mesure où il y est indiqué une fois que l'assuré est en mesure d'exercer son activité professionnelle encore aujourd'hui nonobstant le fait qu'il y est en outre mentionné une incapacité de travail à 50 % de celui-ci à compter du 24 juin 2009. Partant en limitant la période d'incapacité de travail de l'assuré au 31 juillet 2008 – et non pas au 24 juin 2009 –, la décision querellée s'inscrirait en contradiction avec les constatations de l'expertise du Dr X. _____. Le recourant y relève à cet égard un manque de motivation de la décision attaquée d'autant plus que dans sa précédente décision, l'Office AI avait arrêté le droit à la rente du 1 er janvier 2008 au 31 août 2009, soit une période excédant de plus d'une année la décision dont est recours. Or l'OAI n'expliquerait en aucune manière la modification ainsi intervenue restreignant d'une année complète le droit du recourant à une rente. Dans un second moyen, le recourant soutient que le rapport d'expertise du Dr X. _____ ne répondrait pas aux réquisits posés par la Cour de céans au terme de son arrêt de renvoi du 18 juin 2012, dès lors que dite expertise ne se prononcerait pas sur l'aggravation de l'état de

santé lié à l'apparition de lombosciatalgies bilatérales en milieu 2011, attestées tant par le médecin traitant que par la Dresse G. _____ du CHUV. Fort de constats identiques à ceux effectués par la Dresse G. _____, le Dr X. _____ se contenterait de critiquer les appréciations de sa consoeur en imputant à celle-ci de ne pas avoir recherché explicitement à son examen clinique des signes de surcharges fonctionnelles, signes au demeurant admis par les divers médecins consultés depuis 2008. Le Dr X. _____ indiquerait encore à tort que la Dresse G. _____ ne se prononce pas sur des éléments objectifs pour en déduire une inaptitude de l'assuré à un éventuel reclassement professionnel. En sus de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise « conforme aux considérants de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales le 18 juin 2012 », le recourant a encore requis, subsidiairement, l'audition par la Cour de céans des Drs V. _____, X. _____ et G. _____. Dans sa réponse du 17 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il se fondait sur les avis médicaux de son SMR des 15 janvier et 27 mai 2013. L'Office AI relevait en outre ce qui suit en lien avec les arguments du recourant : “ Notre précédente décision, datée du 12 décembre 2011, reconnaissait le droit à une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009. Elle avait été annulée par arrêt de renvoi de votre Cour du 18 juin 2012. Conformément au dispositif de cet arrêt, nous avons mis en place une expertise rhumatologique. Il est ressorti de cette expertise que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles devait être considérée comme entière depuis le 1^{er} avril 2008, date à laquelle le Dr S. _____ avait été amené à examiner le recourant. Si l'on comparait le revenu qui aurait pu être réalisé sans atteinte à la santé à celui qui pouvait être obtenu dès cette date dans une activité encore à la portée du recourant, on obtenait un degré d'invalidité de 8,49%, degré insuffisant pour continuer à reconnaître le droit à une rente. La restitution des prestations versées en trop a dès lors été demandée. ” Au terme de sa réplique du 12 novembre 2013, le recourant a maintenu l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son acte du 20 août 2013. Il a produit en annexe, copie des « Lignes directrices de la SSR pour l'expertise médicale des maladies rhumatismales et des séquelles rhumatismales d'accidents » parues au Bulletin des médecins suisses I 2007 p. 735 ss. en relevant qu'il y est clairement indiqué que, par examens complémentaires, il faut aussi bien comprendre ceux de laboratoire que ceux issus de l'imagerie médicale, surtout si les informations datent de plus de six mois, ce qui est manifestement le cas en l'occurrence. Or, rien de tout cela n'aurait été établi par le Dr X. _____ dans son rapport d'expertise. Dans sa duplique du 4 décembre 2013, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée en indiquant ne rien avoir à ajouter à ce qu'il a déjà précisé à l'occasion de sa réponse du 17 octobre 2013. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La LPA-VD 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 let. a LPA-VD). c) Compte tenu des fériés estivales 2013 (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Par décision du 12 décembre 2011, l'OAI avait alloué au recourant une rente entière limitée dans le temps du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009. A la suite de l'arrêt de renvoi rendu le 18 juin 2012 (CASSO AI 18/12 – 203/2012) annulant la décision précitée, après avoir complété l'instruction médicale de son dossier, l'Office AI a, par une nouvelle décision du 21 juin 2013, octroyé au recourant une rente entière du 1^{er} janvier 2008 au 31 juillet 2008 et demandé à celui-ci la restitution des rentes précédemment versées en trop pour la période du 1^{er} août 2008 au 31 août 2009, ceci à concurrence d'un montant total de 33'068 francs. Il y a ainsi lieu d'examiner le bien-fondé de la suppression de rente au 31 juillet 2008 remise en cause par le recourant ainsi que celui de l'obligation de restituer le montant de 33'068 francs.

3. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) Pour pouvoir

fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 ; TFA I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). 4. En l'espèce et à titre liminaire, il importe de constater que le recourant ne conteste pas l'évaluation psychiatrique de son état de santé par l'intimé dont il ressort en définitive sur la base des pièces médicales au dossier les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), d'épisode dépressif léger

sans syndrome somatique depuis fin mai 2010 (F 32.0) et de syndrome douloureux chronique après fracture pertrochantérienne droite consolidée sans ablation de matériel d'ostéosynthèse (cf. rapport d'examen bidisciplinaire du 8 octobre 2010 des Drs R. _____ et L. _____ du CEMed). Il y a encore lieu de préciser que le trouble de l'adaptation consécutif à la survenance de l'accident s'est quant à lui spontanément résolu (cf. consilium psychiatrique du 22 janvier 2008 du Dr J. _____). a) Sur le plan rhumatologique, le recourant soutient dans un premier moyen un manque de motivation de la décision querellée en limitant la période d'incapacité de travail au 31 juillet 2008 et non pas au 24 juin 2009. Cette position s'inscrirait en contradiction avec les constatations du rapport d'expertise rhumatologique du 6 décembre 2012 du Dr X. _____. Ces critiques vaudraient d'autant que l'OAI avait arrêté dans sa précédente décision le droit à la rente entière du recourant à la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009. L'expert X. _____ a retenu sous chiffre 2.6 en page 15 de son rapport du 6 décembre 2012, d'une part, une incapacité de travail entière du 23 janvier 2007 au 23 juin 2009 et une capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son ancienne activité professionnelle de manœuvre dans la construction à partir du 24 juin 2009 et, d'autre part, une capacité de travail totale de celui-ci dans une activité adaptée à ses limitations somatiques dès le 14 avril 2008, date de l'examen effectué par le Dr S. _____. C'est précisément sur la base de ces conclusions médicales relatives à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant – intégralement partagées par les médecins du SMR (cf. avis médicaux des 15 janvier 2013 et 27 mai 2013) – que l'OAI, dans sa décision 21 juin 2013, a apprécié le degré d'invalidité de l'assuré et mis fin avec effet au 31 juillet 2008 (soit à l'échéance d'un délai de trois mois après l'amélioration observée le 14 avril 2008, cf. art. 88a al. 1 RAI) au droit à la rente entière (degré d'invalidité de 8,49 %) allouée à partir du 1^{er} janvier 2008. Contrairement à ce que paraît en penser le recourant, la décision attaquée s'avère en réalité dûment motivée dès lors qu'elle concorde pleinement avec les constatations et conclusions médicales du Dr X. _____ au terme de son expertise de décembre 2012. L'argument voulant que la décision querellée serait infondée car s'écartant de la décision précédente rendue le 12 décembre 2011 n'est par ailleurs d'aucun secours au recourant. Il est en effet ici le lieu de rappeler que cette dernière décision a été annulée par arrêt du 18 juin 2012 de la Cour de céans, au motif qu'elle avait été rendue par l'OAI sur la base d'une instruction lacunaire sur le plan somatique (rhumatologique). b) Le recourant soutient encore que de, par sa qualité, le rapport d'expertise du Dr X. _____, ne saurait se voir attribuer valeur probante. Dite expertise empreinte de contradictions, dépourvue de tous examens médicaux complémentaires ne permettrait au surplus pas de saisir pour quels motifs elle se distancie en particulier des appréciations de la Dresse G. _____ dans son rapport médical du 23 février 2012. Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr X. _____ a procédé à un examen clinique approfondi, notamment cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, neurologique et ostéo-articulaire. L'expert a tenu compte des plaintes relatives aux douleurs lombaires de l'assuré. Il relève à cet égard un certain déconditionnement physique, marqué par une certaine hypotonie tronculaire et un relâchement de la sangle abdominale, de discrets troubles statiques du rachis, une mobilité cervicale complète et indolore, une altération douloureuse de la mobilité tronculaire toutefois non reproductible avec une distance doigts-sol de 40cm mais une distante doigts-orteils de 10cm lorsque l'assuré est assis sur la table d'examen les jambes tendues lors de l'auscultation respiratoire, l'assuré ne signalant aucune lombalgie particulière lors de cette manoeuvre. L'expert observe une inclinaison latérale comme une extension toutes deux complètes, des mobilisations algiques

à la charnière lombo-sacrée dès l'initiation du geste, retrouvant des douleurs à la palpation des apophyses épineuses postérieures et des masses musculaires s'y rattachant de tous les segments dorsolombaires et des masses musculaires s'y rattachant sans contracture musculaire concordante significative, se rajoutant des zones insertionnelles intéressant les crêtes iliaque et la musculature fessière prédominant à droite. A la palpation des péri hanches prédominant du côté droit, les douleurs apparaissent mal systématisées. Hormis une restriction modeste de la mobilité de la hanche droite, algique en fin de geste, il n'est pas observé d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. L'expert ne constate pas de syndrome irritatif, une manoeuvre de Lasègue négative, l'élévation des jambes tendues pouvant être portée au-delà de 85° des deux côtés sans douleur particulière. Quant aux réflexes ostéo-tendineux ils sont décrits comme étant vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force avec une trophicité musculaire conservée et symétrique des membres inférieurs. Retrouvant les difficultés du recourant à se mettre sur la pointe des pieds comme des talons, l'expert X._____ ne retient pas de trouble de la sensibilité au-delà d'une hyposensibilité intéressant la globalité du MID (membre inférieur droit) sans respect radiculaire (cf. p. 12 du rapport d'expertise médicale du 6 décembre 2012 du Dr X._____). Fort de ces constatations médicales précises ainsi qu'à l'aune d'une anamnèse fouillée de l'assuré, l'expert indique ne pas trouver d'explications sur la globalité des symptômes présentés par le recourant, leurs intensités, leurs localisations et leur retentissement sur le fonctionnement de l'expertisé. Le Dr X._____ note à cet égard un examen clinique marqué par des discordances et de nombreux signes de surcharge fonctionnelle, éléments par ailleurs mis en évidence par d'autres médecins consultés en lien avec le cas de l'assuré depuis 2008 (cf. à ce propos, le rapport médical du 14 avril 2008 du Dr S._____, le rapport d'examen du 6 novembre 2008 du Dr C._____, le rapport d'examen final du 25 juin 2009 du Dr P._____ et le rapport d'examen bidisciplinaire du 8 octobre 2010 des Drs R._____ et L._____ du CEMed). Sans pour autant nier le status bien réel après fracture trochantérienne droite et ostéosynthèse par clou gamma le 23 janvier 2007, une coxarthrose et des troubles statiques modestes, l'expert rhumatologue avoue finalement ne pas avoir d'explication organique quant aux douleurs alléguées par le recourant avec des examens ostéo-articulaires quasi superposables au fil du temps jusqu'au jour de l'expertise (cf. p. 12 du rapport d'expertise médicale du 6 décembre 2012 du Dr X._____). L'expert motive également les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions de la Dresse G._____ et du médecin traitant, le Dr V._____. A cet égard, avec le Dr X._____, il y a lieu de considérer que dès lors qu'elle fait mention de douleurs atypiques des membres inférieurs qu'elle explique par une insuffisance musculaire et un déconditionnement psychologique, sans avoir investigué à son examen plus avant des signes de surcharges fonctionnelles, la Dresse G._____ fait alors un amalgame entre les affections ostéo-articulaires mais aussi psychologiques du recourant afin d'expliquer les symptômes observés. Ce faisant, cette rhumatologue prend en compte dans son évaluation des facteurs médicaux sortant de son domaine de compétence ce qui justifie par conséquent de se distancier de son appréciation de la capacité de travail du recourant. Quant au médecin traitant, dans la mesure où le Dr V._____ n'est pas spécialiste en rhumatologie et n'a pas objectivé sur le plan organique les troubles relevés à son examen, les conclusions du Dr X._____ doivent lui être préférées. Finalement, le Dr X._____ se positionne également par rapport aux avis médicaux du Dr P._____ du 24 juin 2009, du Dr W._____ et du CEMed. L'expertise rhumatologique du Dr X._____ remplit ainsi les

réquisits jurisprudentiels en la matière pour se voir attribuer valeur probante en l'espèce (cf. consid. 4b et c supra). Exécutée dans les règles de l'art et avec le soin nécessaire, elle contient une anamnèse complète, systématique et détaillée, une description des plaintes de l'assuré, les constatations objectives et ses conclusions sont claires et convaincantes. Il y a finalement lieu de retenir sur le plan rhumatologique, les diagnostics interférant sur la capacité de travail d'ostéosynthèse d'une fracture pertrochantérienne le 23 janvier 2007 et de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques dont il découle une capacité de travail de 0 % du recourant du 23 janvier 2007 au 23 juin 2009 dans son activité professionnelle habituelle de manoeuvre dans la construction, puis de 50 % à partir du 24 juin 2009, date de l'examen final effectué par le Dr P. _____ de la SUVA. Dans l'exercice d'une activité sédentaire à semi-sédentaire adaptée à ses limitations somatiques, le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 100 % dès le 14 avril 2008, date qui correspond à l'examen effectué par le Dr S. _____. c) Le dossier médical étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, telle que requise par le recourant à titre de mesure d'instruction supplémentaire, ne se justifie pas (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3; TF 9C_271/2013 du 5 novembre 2013, consid. 3.2 et les références citées). Il en va de même s'agissant de la demande subsidiaire d'audition des Drs V. _____, X. _____ et G. _____. d) En définitive, c'est à raison que l'Office AI a constaté que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dès le 14 avril 2008 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Retenant un degré d'invalidité de 8,49 %, après comparaison des revenus raisonnablement exigibles au sens de l'art. 16 LPGa, l'office a alloué à juste titre à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2008 (délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let b et c LAI) au 31 juillet 2008 (cf. art. 88a al. 1 RAI), la rente étant supprimée à compter du 1^{er} août 2008. 5. a) Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 LPGa). b) En l'espèce, l'OAI a par décision du 12 décembre 2011 reconnu le droit de l'assuré à une rente entière, limitée dans le temps, du 1^{er} janvier 2008 au 31 août 2009. Nonobstant le recours de l'assuré, l'OAI a versé les rentes allouées à l'assuré. Par arrêt du 18 juin 2012, la Cour de céans a annulé la décision du 12 décembre 2011, de sorte que les rentes versées l'ont été sans fondement et indûment. Le recourant a dès lors l'obligation de les restituer à concurrence des montants versés du 1^{er} août 2008 au 31 août 2009, intérêts moratoires compris, soit un montant total de 33'068 fr., la question de la remise de l'obligation de restituer demeurant réservée. 6. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'issue et de l'ampleur de la procédure, les frais de justice arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant. c) Il n'est alloué de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 21 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Liechti (pour Q. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, -

Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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). Le greffier :

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