

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 611 vom 24. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__611

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 611 du 24 juillet 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 611 del 24 luglio 2015

Regeste

EXPERTISE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DÉCISION DE RENVOI, SUREXPERTISE | 28 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 24

juillet 2015 _____ Composition : M. Merz , président MM. Küng et Berthoud, assesseurs Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : X. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Anne-Louise Gillièron, avocate, à Yverdon-les-Bains et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8, 16, 17, 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI. E n f a i t : A. a) X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant de Bosnie-Herzégovine né en 1967, en Suisse depuis 1997 avec en dernier lieu un permis F (admission provisoire), a travaillé en Suisse comme ouvrier sur les chantiers et dans une usine métallurgique. Auparavant, il avait exercé différentes fonctions auprès de la Fondation J. _____ (devenue l'Etablissement U. _____ dès 2008). Son dernier employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 30 avril 2007. Dans son pays d'origine, il avait bénéficié d'un stage d'aide-électricien. L'assuré a déposé, en date du 17 octobre 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant comme atteinte principale à la santé une « lombosciatalgie » depuis avril 2006. Son médecin traitant depuis 1998 était le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et allergologie. Etaient joints à cette demande deux documents médicaux. Selon le premier document, à savoir un certificat médical du Dr B. _____ du 30 avril 2007, « l'incapacité de travail [était] de 0% » dès mai 2007 dans une activité adaptée avec un port de charge limité. Le second document consistait en un courrier adressé le

E. 27

janvier 2009. Les diagnostics consécutifs à cet accident étaient des « fractures de l'arc latéral de la vertèbre C3-C4, de la clavicule gauche ainsi que du radius distal droit. » La fracture C3-C4 avait été traitée par une minerve rigide adaptée, la fracture distale du radius par une ostéosynthèse et la fracture de la clavicule gauche par un bandage en forme de rucksack. L'incapacité totale de travail comme ouvrier était d'une durée indéterminée. Ils ont précisé que le patient était déjà à l'arrêt de travail lorsque l'accident s'était produit. Son état s'était encore aggravé, de sorte qu'une reprise du travail n'était pas envisagée dans un avenir proche. L'assuré était incapable de porter des charges et d'utiliser des outils avec la main droite. Du point de vue orthopédique, les douleurs au niveau des doigts de la main

droite pouvaient être amendées par une cure du canal carpien, prévue dans le courant de l'été 2009. Vu le contexte psychosocial de l'assuré, les médecins étaient réservés quant au pronostic des cervicalgies post-traumatiques. L'assuré n'était actuellement sous aucun traitement et n'était « pas du tout compliant lors de la phase du traitement. » Ils recommandaient pour la future thérapie une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) et une cure du tunnel carpien. c) L'OAI a appris le 9 septembre 2009 de la part de la Fondation E. _____ que l'assuré avait annulé ses rendez-vous et ne comptait pas débiter un traitement auprès d'elle avant trois mois. Sur proposition du SMR du 9 novembre 2009, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a rendu son rapport en date du 19 février 2010. Après un exposé des documents médicaux versés au dossier de l'OAI, l'expert a notamment décrit le statut clinique de l'assuré et le résultat des tests passés selon les méthodes utilisées. Il n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail relevés par l'expert étaient un « trouble somatoforme (F45), » des « autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité frustrée, F60.8) » et des « difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) ». Du point de vue psychiatrique, l'expert a conclu que l'assuré était capable de travailler et ceci depuis de nombreuses années. Les limitations sur le plan psychique consistaient en « une irritabilité et un tempérament colérique ». L'expert a enfin communiqué son appréciation du cas en ces termes : « L'assuré se plaint surtout de ses douleurs physiques qui l'empêchent de travailler, il ne comprend pas pourquoi les médecins ne font rien pour les soulager et pourquoi l'assurance ne lui a pas accordé une rente. Il se montre assez revendicateur et méprisant envers le système de santé suisse. Le discours est centré sur ses symptômes physiques, il ne comprend pas pourquoi il doit être examiné par un psychiatre. L'assuré présente donc tous les critères d'un syndrome somatoforme, rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilan négatif répété et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Mais quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin. Rappelons que l'assuré souffre de lombalgies depuis environ 2005 mais selon les médecins, les symptômes exprimés par l'assuré ne s'expliquent pas par les lésions organiques objectivées. En plus, les problèmes d'adaptation en Suisse sont les éléments psychologiques déclencheur du trouble somatoforme. Rappelons aussi que l'assuré est en Suisse depuis 1997, il ne parle pas le français, il a très peu travaillé en Suisse. En plus, selon les documents médicaux et selon les dires de l'assuré, et malgré qu'il ait participé à la guerre des Balkans, bien qu'il nie avoir participé à des situations de combat, l'assuré dit s'être montré nerveux et tendu dès son arrivée en Suisse et ne pas avoir présenté des problèmes dans son pays. Par ailleurs, sa demande d'asile politique n'a toujours pas été acceptée. Ce qui surprend chez l'assuré c'est son attitude et comportement pendant l'entretien, j'avais l'impression qu'il voulait me convaincre qu'il était vraiment malade du

point de vue physique et ceci d'une manière quelque peu démonstrative. Il est également surprenant qu'il dise ne pas avoir des copains et à un moment de l'entretien, il affirme être parti avec un ami, les deux seuls, en voiture en Bosnie pendant trois semaines en octobre 2009. Il a donc supporté un long trajet en voiture malgré qu'il dise avoir des douleurs physiques importantes. Je n'ai pas pu trouver des signes et des symptômes parlants en faveur d'un trouble dépressif, les signes anxieux et dépressifs plutôt légers correspondent à l'évolution normale d'un trouble somatoforme et ne revêtent pas d'un handicap majeur. Par contre, ils sont également la manifestation de l'inadaptation en Suisse de l'assuré qui attend une reconnaissance sociale par l'acceptation d'une rente de la part de l'AI. Les traits paranoïaques décrits dans les rapports des psychiatres des eHuv me semble correspondre plutôt à des traits de la personnalité frustrée de l'assuré et à ses difficultés d'adaptation en Suisse, plutôt que les traits paranoïaques ou psychotiques. L'assuré est plutôt régressé dans une position de victimisation et d'attente d'une reconnaissance par l'assurance. Dans ce sens-là, des mesures de réadaptation sont vouées à l'échec. Quant aux critères de M[e]yer-Blaser, accompagnant le trouble somatoforme, nous constatons que l'anxiété importante et les légers signes dépressifs accompagnent normalement le trouble somatoforme et ne sont pas handicapants. Il n'y a pas tellement de cristallisation psychique, l'expert a l'impression d'une certaine exagération des symptômes physiques ressentis par l'assuré. Les lombalgies ont débuté en 2005, donc on peut parler de maladie chronique. Il n'y a pas d'isolement social. Il ne prend pas de médicaments psychotropes et il n'est pas suivi par un psychiatre ou psychologue. Le pronostic reste réservé étant donné le trouble somatoforme. » Dans un rapport du 1^{er} avril 2010, le SMR, sous la plume du Dr S. _____, médecin, s'est en substance rallié aux résultats de l'expertise du Dr T. _____ et a estimé que seules devaient être prises en compte les limitations somatiques définies à l'occasion de l'examen rhumatologique de juillet 2008. La capacité de travail dans une activité adaptée était ainsi exigible à un taux de 85%. L'accident du 24 janvier 2009 n'était pas mentionné par le SMR. d) Par communication du 11 mai 2010, l'OAI a fait savoir à l'assuré que les conditions du droit à l'orientation professionnelle étaient remplies et que le droit à d'éventuelles autres prestations serait encore examiné. Le 6 août 2010, l'OAI a diligenté une enquête au domicile de l'assuré, notamment en lien avec sa demande d'allocation pour impotent déposée en octobre 2008. On peut extraire notamment ce qui suit du rapport corrélatif, rédigé le 10 août 2010 : « [...] L'assuré se plaint de son poignet gauche qui aurait été opéré dernièrement et qui est douloureux. Il tient son bras et dit qu'il ne peut rien faire. L'assuré se plaint de douleurs généralisées en permanence qu'il ne localise pas vraiment. Il situe ces douleurs à 9 sur une échelle de 10/10. L'assuré indique qu'il y a des jours où c'est insupportable, essentiellement lorsque le temps est humide. Il est sous ttt [réd. : traitement] d'opiacé qu'il semble prendre de manière irrégulière. [...] Dans un premier temps, il a été difficile d'avoir un rendez-vous l'assuré partant en vacances tout le mois de juillet. [...] L'assuré arrive au salon en tenant son poignet gauche sur lequel apparaît une cicatrice d'env. 4 cm de long, calme sans rougeur. L'assuré indique qu'il ne peut plus bouger sa main et que c'est extrêmement douloureux. Pendant tout l'entretien il tient son poignet en soupirant, il n'arrive pas à donner une date de cette opération. Il ne parle pas de douleurs lombaires, indique qu'il n'a aucun sentiment d'anxiété ou d'angoisse, que son problème est purement somatique et qu'il ne comprend pas pourquoi on l'a envoyé chez un psychiatre et qu'on lui pose des questions sur ses antécédents familiaux et autres. [...] Il ne voit plus Fondation E. _____ car se serait fâché avec eux. Il n'est pas suivi par un psychiatre. » Un rapport d'entretien du 18 août 2010 entre l'OAI, l'assuré et son épouse

a conclu qu'au vu des limitations fonctionnelles, un stage d'évaluation était nécessaire, mais qu'il restait à voir si l'assuré allait y participer activement. Est en outre mentionné la symptomatologie présentée à la main droite. Par courrier envoyé le lendemain, l'OAI a informé l'assuré de l'organisation d'un stage de quatre semaines auprès d'un centre d'orientation professionnelle de l'AI (COPAI), afin de pouvoir examiner ses aptitudes à la réadaptation professionnelle et sa capacité de travail. Une indemnité journalière a été accordée pour la durée de cette mesure. Par communication du 30 août 2010, le Centre V. _____ à [...] a confirmé à l'assuré que le stage aurait lieu du 10 janvier 2011 au 4 février 2011. C. Par décision du 27 septembre 2010, conformément à un projet de décision du 18 août 2010, contre lequel l'assuré n'avait pas formulé d'objections, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent au motif qu'il nécessitait tout au plus une aide ponctuelle, mais pas régulière, ni importante, pour accomplir les actes « se vêtir » et « faire sa toilette » ; il restait donc autonome pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision. D. a) L'assuré a participé en janvier et février 2011 au stage mis en œuvre au Centre V. _____ lequel a communiqué un rapport à l'OAI en date du 18 février 2011. Il ressort notamment ce qui suit : « [...] 3. Compte rendu de la conseillère en orientation [...] Projet professionnel [...] Avant [...] le travail prenait une grande part dans sa vie, il aimait beaucoup ce qu'il faisait. Actuellement, l'assuré est centré sur ses douleurs. Pour lui, tout est difficile, il pense qu'aucune activité n'est possible en raison de la situation actuelle et surtout de ses douleurs. Il dit ne pas pouvoir travailler et souhaite une rente entière. En définitive, il ne semble pas du tout dans une optique de reprise de travail en raison des douleurs qu'il n'arrive pas à gérer. [...] 5. Compte rendu des observations en ateliers [...] il peine à apprendre les activités demandant de la réflexion. [...] Sa main droite ne fait aucun mouvement de pince, seuls la tranche ou le bout des doigts sont utilisés comme support, mais très partiellement. Lors d'un travail de soudure à l'étain, il appuie sur les pièces à souder avec la tranche de la main et toute utilisation d'outil se fait avec la gauche. Il lui arrive de tenir des éléments avec la bouche. [...] Il n'est pas habile de sa main gauche. Son rythme de travail est aussi assez lent, péjoré par l'utilisation de ce membre non dominant. Dès la deuxième semaine, une raideur et un inconfort dorsal sont observés. Il ne trouve pas de position statique qui le soulage. Il alterne les positions assis/debout. Il fait souvent des pauses où il marche pour se détendre. Il manque d'endurance, il paraît très rapidement fatigué au cours de la journée. Ses rendements se situent entre 30% et 35%. Le comportement de [l'assuré] dans nos locaux est excellent. Il est très poli, discret, assidu à son poste. Il émet de nombreuses réticences à apprendre des activités qui lui semblent compliquées. Il dit tout de suite qu'il ne comprend pas, malgré les démonstrations qui lui sont faites. Il paraît désabusé par son sort. Il est souvent à sa place à ne rien faire durant de longues périodes, ses yeux regardant dans le vague. Ces traits sont figés, il semble souffrir en permanence. Son aspect physique montre une grande souffrance morale. Il ne montre pas une attitude compatible avec un travail. 6. Conclusion En conclusion, notre équipe d'observation est d'avis que bien qu'en théorie [l'assuré] puisse tenir une place de travail à 100%, ses rendements ne seront pas meilleurs que ceux qu'il a montrés. Il n'est pas capable d'augmenter ses cadences. Il a besoin d'alterner les positions et de faire des pauses. Il n'est pas capable de s'adapter à un travail de façon à être productif. Il n'est pas fiable, manque de concentration et il faut un suivi continu pour s'assurer de la qualité réalisée. Il doit être considéré comme un monomanuel de la main dominante, ce qui réduit les activités qu'il peut exercer. De plus, il ne possède pas une bonne capacité d'apprentissage ni d'adaptation ; les activités autres que manuelles

ne sont pas possibles. Il manque d'habileté manuelle, la qualité est faible, le travail doit être grossier. Nous ne voyons pas d'activité dans laquelle il puisse utiliser sa capacité de travail. [...] » Etait annexée une appréciation du 4 février 2011 du médecin-conseil du Centre V. _____, le Dr W. _____, qui a examiné l'assuré à trois reprises entre le

E. 30

juin 2009 et une rente entière du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010 limitativement. Le recourant s'estime en incapacité totale de travail depuis le 18 août 2006. L'OAI lui a notamment opposé qu'il avait présenté une incapacité de travail entière dans toutes activités uniquement du 24 janvier 2009 au 31 décembre 2009. L'intimé soutient qu'avant et après cette période le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée en dépit d'une perte de salaire, et présentait ainsi un degré d'invalidité de 24%. Cela lui donnait le droit à une rente uniquement pour la période limitée du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010. Vu que l'OAI a tranché dans une seule décision l'octroi et le refus de rente pour des périodes successives, l'ensemble de ces périodes fait partie de l'objet du litige, même si elles ne sont pas toutes litigieuses entre les parties (cf. ATF 131 V 164 ; 125 V 413).

2.1 Un assuré a droit à une rente s'il remplit notamment la condition d'être invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Un taux d'invalidité de 70% au moins ouvre le droit à une rente entière, un taux de 60% au moins à un trois quarts de rente, un taux de 50% au moins à une demi-rente et un taux de 40% au moins à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI, resp. al. 1 jusqu'au 31 décembre 2007). Pour une personne active, qui sans invalidité aurait travaillé à plein temps, le taux d'invalidité est évalué en comparant le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa en relation avec l'art. 28a al. 1 LAI, resp. art. 28 al. 2 LAI jusqu'au 31 décembre 2007). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, resp. art. 29 al. 1 let. b LAI jusqu'au 31 décembre 2007). Depuis le 1^{er} janvier 2008 (date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI), la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (cf. art. 29 al. 1 LAI ; RO 2007 5129 ss). Avant le 1^{er} janvier 2008, ce délai d'attente n'existait pas et une rente pouvait être accordée pour une période en principe de douze mois antérieure à la demande (cf. RO 1987 447 ss et ancien art. 48 al. 2 LAI ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2^{ème} éd. 2010, ad art. 29 LAI, p. 360/361). In casu, vu que la demande AI date d'octobre 2007, cette ancienne règle s'applique pour autant que les autres conditions mises à l'octroi d'une rente, notamment en lien avec la notion d'invalidité, aient été remplies avant l'année 2008.

2.2 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGa, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Cependant, en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

2.4 Dans la mesure où l'expert psychiatre, le Dr T. _____, a évoqué un trouble somatoforme en l'espèce, il sera encore exposé ce qui suit :

2.4.1 Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. ATF 139 V 547 consid. 6 à 9). Au contraire, selon une jurisprudence valant jusqu'à récemment, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 139 V 547 consid. 9.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid.

3.2 ; I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 in fine ; 131 V 49 consid. 1.2 in fine ; TF 9C_183/2008 du 18 mars 2009 consid. 5.2). Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 513/05 du 7 septembre 2006). 2.4.2 Cependant, en vertu d'une nouvelle jurisprudence modifiant explicitement la précédente (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015, destiné à la publication aux ATF ; commenté par Thomas Gächter / Michael E. Meier, Schmerzrechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre-circulaire AI n° 334 du 7 juillet 2015 de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]), il est renoncé à la présomption du caractère surmontable de la douleur. Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. TF cité consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indices). Eu égard aux indices retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler leurs lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indices qu'il a retenus. Selon le Tribunal fédéral, on trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (TF cité consid. 5.1.2). Le Tribunal fédéral a néanmoins souligné que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité

que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer en rôle dans l'appréciation globale, une invalidité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (TF cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

2.5 Etant donné que l'OAI a octroyé une rente limitée dans le temps, il y a par ailleurs lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif dès une date précise et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente dès une date ultérieure, correspond, pour cette dernière partie, à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2 in fine). Peu importe que la décision d'accorder la rente et celle de la supprimer par la suite aient été rendues, comme en l'espèce, dans un seul acte ou par deux actes distincts. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in : SVR 2012 IV n° 18 p. 81 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, n. 40 ad art. 43 LPGA). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. De plus, l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) stipule que 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI). L'art. 29 bis RAI dispose que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier octroi.

3. 3.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – doit se fonder sur des documents médicaux. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la

question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 3.2 En l'espèce, se pose dans un premier temps la question de savoir si l'intimé pouvait se fonder pour l'essentiel sur les rapports d'examens des Drs H. _____ et T. _____ ainsi que les avis du SMR et écarter notamment l'avis du médecin traitant, le Dr B. _____, qui ne rejoint pas l'avis des médecins précités, pour rendre la décision dont est recours. 3.3 Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions. Il en va de même si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). Même en tenant compte de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4). Cela étant, lorsqu'une décision administrative

s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées des doutes, mêmes faibles, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'avis de ce médecin et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; cf. également ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 4. En l'occurrence, l'OAI a sollicité des rapports des différents médecins traitants et procédé à la mise en oeuvre d'examens au niveau psychiatrique (Dr T. _____) et rhumatologique (Dresse H. _____). 4.1 Les griefs soulevés par le recourant pour la première fois lors de l'audience du 3 mars 2015 au sujet du déroulement de l'entretien auprès de l'expert Dr T. _____, notamment concernant les capacités linguistiques de l'interprète agissant lors de l'entretien entre l'expert et l'assuré, apparaissent tardifs sous l'angle du principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 1.01]). Selon ce principe, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure a été violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où la décision à intervenir ne la satisferait pas (cf. ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; 127 II 227 consid. 1b ; TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). Le recourant aurait dû soulever ces griefs sans tarder, soit encore même avant que l'expert ne rende son rapport d'expertise dans un délai de trois semaines postérieurement à l'entretien. L'assuré ne se prévaut au demeurant pas de motifs qui l'auraient empêché d'invoquer plus tôt ce grief. 4.2 Cependant, à l'étude approfondie du dossier, on s'étonne qu'à l'occasion de l'expertise psychiatrique auprès du Dr T. _____, dans la mesure où l'entretien avec le recourant a eu lieu le 26 janvier 2010, il n'y ait pas eu d'actualisation des constatations somatiques. Dans son anamnèse, le Dr T. _____ se réfère à l'avis du SMR du 9 novembre 2009 comme dernier document médical. Cependant, ce document, tout comme l'avis subséquent du SMR du 1^{er} avril 2010, se rapporte uniquement aux constatations consécutives à l'examen rhumatologique de la Dresse H. _____ du 2 juillet 2008 (cf. ci-dessus let. A.c), précisant que les limitations fonctionnelles ont été définies à l'issue de cet examen. Il ne prend ainsi, à tort, pas en considération les suites de l'accident du 24 janvier 2009, ce dont l'OAI se rendra compte ultérieurement dans son rapport d'entretien du 21 février 2011. Certes, le Dr T. _____ a, contrairement auxdits avis du SMR, également relevé l'accident précité en mentionnant, dans son anamnèse, les documents médicaux des Drs M. _____, B. _____, N. _____ et R. _____ des 17 mars, 17 avril et 10 juin 2009 (p. 11 et 12 du rapport). Lors de son appréciation du cas (p. 18 à 21), il s'est toutefois limité à retenir que le recourant présentait tous les critères d'un syndrome somatoforme. Il a précisé, de manière générale en se référant à la « CIM-10 », que les caractéristiques essentielles de ces troubles étaient des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilan négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existait un trouble physique authentique, celui-ci ne permettrait pas de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Par la suite, le Dr T. _____ a mentionné uniquement les lombalgies dont souffrait le recourant depuis environ 2005 en retenant que selon les médecins, les symptômes exprimés par le recourant

ne s'expliquaient pas par les lésions organiques objectivées. Le Dr T. _____ n'a toutefois pas fourni davantage de précisions. Il n'a pas indiqué quels médecins avaient relevé que les symptômes exprimés par le recourant ne s'expliquaient pas par les lésions organiques objectivées. Il n'a pas non plus énoncé de manière claire les symptômes que le recourant aurait invoqués. Ainsi, on ignore à quoi fait précisément référence le Dr T. _____. La partie « plaintes et données subjectives » de son rapport (p. 13) est formulée de manière très succincte. On y lit que l'assuré aurait déclaré « ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs ». Ces douleurs ne sont pas spécifiées, si ce n'est qu'il est ajouté que le recourant aurait prétendu être nerveux, irritable, triste et avoir des sensations d'oppression dans la tête et dans la poitrine. On s'étonne que ne soient notamment pas mentionnées dans ce contexte par exemple les douleurs dorsales, voire les lombalgies constatées par les médecins somaticiens et sur lesquels le recourant fonde régulièrement, tout au long de la procédure administrative, une partie de ses plaintes. Les douleurs à la main droite ne trouvent également aucune mention. En relatant l'absence de lésions organiques objectivées, le Dr T. _____ a notamment passé outre les constatations des Drs N. _____ et R. _____ dans leur rapport du 10 juin 2009, lesquels avaient tout de même observé, suite à l'accident du 24 janvier 2009, des fractures de l'arc latéral de la vertèbre C3-C4, une fracture de la clavicule gauche ainsi qu'une fracture du radius distal droit. Ces médecins avaient par ailleurs relevé que le recourant était incapable de porter des charges et d'utiliser des outils avec la main droite. Du point de vue orthopédique, ils avaient envisagé une cure du tunnel carpien pour amender les douleurs au niveau des doigts de la main droite. Ce document du 10 juin 2009 était par ailleurs le dernier rapport de médecins ayant examiné le recourant, versé au dossier de l'intimé avant la réalisation de l'expertise du Dr T. _____. Vu la date du rapport et les constatations d'atteintes objectivées, il aurait donc mérité plus d'attention de la part de l'expert que d'être uniquement mentionné dans l'anamnèse. Le Dr T. _____ n'a par ailleurs même pas expliqué pourquoi il ne tenait pas compte des conclusions du rapport du 10 juin 2009. Si ce rapport n'était pas mentionné dans l'anamnèse, on aurait l'impression que l'expert n'en avait tout simplement pas connaissance. En outre, on rappellera que la Dresse H. _____ avait elle-même relevé dans son rapport du 3 août 2011 (p. 7), des suites de l'accident de 2009, deux atteintes ostéo-articulaires en plus de la situation rachidienne préexistante ; elle avait même reconnu la « gravité » de la fracture du radius, dont l'expert psychiatre n'a pas tenu compte. La Dresse H. _____ avait également relaté dans son rapport du 16 juillet 2008 une atteinte rachidienne qui contre-indiquait, entre autres, tout travail lourd, à la chaîne, sur machine vibrante et en position statique prolongée assise et debout. Certes, elle avait conclu en principe à une capacité de travail entière, mais néanmoins avec une diminution de rendement due à la nécessité de changer régulièrement de position. Elle avait ainsi tout de même reconnu une « atteinte objective » restreignant le secteur professionnel accessible à une activité « adaptée aux limitations ostéo-articulaires » (p. 6 du rapport de la Dresse H. _____ du 16 juillet 2008). Quant au neurochirurgien, le Dr F. _____, il avait pour sa part évoqué dans son rapport du 29 août 2007, sur le « plan objectif » la présence « d'une importante scoliose dorsolombaire ». Dans cette mesure, on ne comprend pas comment le Dr T. _____ a pu prétendre que « les symptômes exprimés par l'assuré ne s'expliquent pas par les lésions organiques objectivées » (p. 19) pour conclure finalement à un trouble somatoforme sans répercussions sur la capacité de travail. Par ailleurs, l'expert ne développe pas de manière claire, notamment en tenant compte de ce qui a été exposé ci-dessus au considérant 2.4.1 en lien avec les troubles somatoformes douloureux, pourquoi

une réintégration dans le processus de travail serait exigible, tout en estimant que des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec (cf. p. 20 in fine de son rapport). Vu ce qui précède, il ne peut pas être reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr T. _____. On ne voit pas que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que l'expert ait pris en considération les plaintes du recourant et procédé à son appréciation en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale ne sont en définitive pas claires et les conclusions du rapport insuffisamment motivées.

4.3 En ce qui concerne le rapport d'examen de la Dresse H. _____ du 16 juillet 2008, celui-ci ne prête pas flanc à la critique et remplit tout les critères jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Les constatations et diagnostics recouvrent pour l'essentiel les documents médicaux établis entre 2006 et 2008 par les Drs C. _____, B. _____, P. _____, D. _____ et F. _____ (cf. ci-dessus let. A.a et A.b). Ces derniers ne se sont toutefois pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, hormis le Dr B. _____ qui a retenu dès le 27 février 2007 une incapacité de travail entière à long terme dans l'activité exercée jusqu'alors. Dans cette mesure, l'appréciation de la Dresse H. _____ le rejoint. Au sujet d'une activité adaptée, le Dr B. _____ a uniquement estimé qu'il y aurait une diminution de rendement probablement d'au moins 50%, mais qu'elle était « difficile à évaluer » (cf. rapport du 5 décembre 2007). La Dresse H. _____ en tant qu'experte a estimé la diminution de rendement à 15%. Elle a expliqué cette diminution par les limitations fonctionnelles, en particulier la nécessité de changer régulièrement de position, tandis que le Dr B. _____ n'a pas fourni de détails à ce sujet. Compte tenu des limitations fonctionnelles énumérées par la Dresse H. _____, la diminution de rendement de 15% paraît plausible, voire vraisemblable. On ne voit pas pourquoi le rendement ne devrait être que de 50% dans une activité adaptée, si les limitations sont restreintes au changement de position régulier et à la limitation du port de charges, alors que le Dr B. _____ a pour l'essentiel retenu les mêmes limitations fonctionnelles que la Dresse H. _____ ; il y a uniquement ajouté qu'une position à genoux, en inclinaison du buste ou accroupie était exclue, tout comme le travail en hauteur sur une échelle, les horaires irréguliers et la nécessité de se baisser ; par ailleurs, le port de charges était à son sens limité à 5 kg. L'ajout de telles limitations ne saurait toutefois justifier une baisse de rendement supplémentaire. Quant aux autres médecins, ils ne font état d'aucun élément qui s'opposerait à l'appréciation de la Dresse H. _____ ou que cette dernière aurait négligé. Le rapport de la Dresse H. _____ du 16 juillet 2008 présente au demeurant une étude circonstanciée des points litigieux à l'époque concernée avec des examens complets prenant en compte les plaintes du recourant et l'anamnèse. La description de la situation médicale, son appréciation et ses conclusions sont claires, voire dûment motivées. Rien ne fait douter du bien-fondé des conclusions corrélatives. Dans cette mesure, il faut en principe retenir, au niveau somatique, une capacité de travail dans une activité adaptée de 85% jusqu'à l'accident du 24 janvier 2009.

4.4 Suite à cet accident, la Dresse H. _____ a procédé à un nouvel examen en date du 12 juillet 2011 qui a donné lieu à son rapport du 3 août 2011. Elle y a maintenu les conclusions de son précédent rapport de 2008, estimant le recourant apte à travailler dans une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 15%. Au sujet du membre supérieur droit, elle a retenu que le recourant n'était pas monomanuel, mais qu'il était possible que la force de la main soit un peu diminuée, ce qui allait se rétablir spontanément si l'assuré recommençait à travailler. Selon la spécialiste du SMR, la mobilité du poignet droit était quasi-totale, la mobilisation passive diminuée de 10° dans toutes les directions

par rapport au poignet gauche. Il n'y avait pas d'amyotrophie visible. Vu la gravité de la fracture du radius, la mobilité regagnée était plus que satisfaisante. Au niveau des plaintes, le rapport retenait que le recourant avait déclaré que les douleurs à l'avant-bras, surtout au poignet variaient en intensité entre 0/10 et 6,5/10 ; à la date de l'examen, elles étaient de 1,5/10 ; parfois son poignet était enflé ; il pouvait lever et porter un grand sac de courses. Dans son rapport de 2011 (p. 2 et 7), la Dresse H. _____ a mentionné en partie les constatations du COPAI et du Dr W. _____ de février 2011, communiquées à l'occasion du stage d'évaluation. Lors de ce stage, il avait été retenu que le recourant était en définitive monomanuel ; il ne se servait pas de sa main droite dominante. Le Dr B. _____ a par ailleurs relaté dans un rapport du 14 mars 2011 que le recourant l'avait consulté en février lors de ce stage se plaignant depuis plusieurs jours d'épisodes répétés d'œdèmes et de cyanose de la main droite ; l'examen clinique montrait une cyanose de ce membre et un œdème remontant jusqu'au poignet, soit jusqu'à la cicatrice d'ostéo-synthèse ; il existait un gradient thermique. Le 9 mars 2011, ce médecin avait constaté une persistance d'une légère tuméfaction et d'un œdème de la main et du poignet droit, en dépit d'une « nette amélioration de la cyanose par rapport à février ». On rappellera au surplus que l'intimé lui-même, à l'occasion d'un entretien antérieur avec le recourant en août 2010, avait relevé dans le procès-verbal correspondant un problème au « poignet gauche » [sic]. Les Drs R. _____ et N. _____ des Etablissements hospitaliers G. _____ avaient pour leur part constaté en juin 2009 une incapacité de porter des charges et d'utiliser des outils avec la main droite. Puis, dans un rapport de ces mêmes établissements du 10 septembre 2009 (qui a été versé au dossier de l'OAI le 16 mai 2011), la Dresse Q. _____ avait signalé qu'à la date de son examen, le poignet était indolore, avec une mobilité complète, sans troubles sensitifs et sans problème de la force. Dans un courrier rédigé le 19 mars 2011 par l'angiologue, le Dr Z. _____, étaient soulevés au sujet de la main et du poignet les hypothèses d'un Sudeck, d'un spasme veineux ou d'une pathomimie. Un collègue français du Dr Z. _____ aurait a priori admis une pathomimie. Par pathomimie est entendu un trouble factice ; la personne concernée éprouverait un besoin morbide (maladif) de simuler une maladie en s'imposant des symptômes inventés et pouvant aller jusqu'à endommager son propre corps pour provoquer délibérément des lésions. Ledit médecin français, dont le nom n'est pas connu, n'avait toutefois pas examiné lui-même le recourant. Il avait proposé aux médecins traitants de rechercher des zones de garottage. Le dossier ne contient toutefois plus rien à ce sujet, si ce n'est l'explication du Dr S. _____ du SMR, datée du 19 janvier 2012, selon laquelle ce diagnostic se rangeait dans la même catégorie que la simulation. Ce dernier médecin n'a toutefois pas non plus examiné le recourant et ne disposait pas de plus amples informations pour confirmer l'hypothèse du médecin français. Pour le reste, le Dr S. _____ s'est avant tout fondé sur l'appréciation du Dr T. _____ laquelle, comme exposé ci-dessus au considérant 4.2, ne peut se voir accorder pleine valeur probante. Quant aux Drs Z. _____ et B. _____ ou à d'autres médecins consultés, ils n'ont eux-mêmes pas fait part de constatations directes, de nature à confirmer une simulation ou une pathomimie. La Dresse H. _____ n'a de son côté pas traité cette problématique de manière plus approfondie. Elle ne s'est notamment pas prononcée sur ces diverses constatations et hypothèses. En définitive, elle s'est contentée de sa propre observation factuelle, démontrant que le recourant avait notamment pu écrire et dessiner avec la main droite sans signe non verbal de gêne ou de douleur et pouvait lever et porter un grand sac de courses (p. 3 et 7 du rapport). S'il est parfois reproché au recourant d'être très démonstratif dans ses douleurs, voire de simuler ou de vouloir convaincre les médecins de sa maladie (cf.

notamment rapport du Dr T. _____), on s'étonne alors qu'il ait écrit et dessiné face à la Dresse H. _____ sans faire part de douleurs, tout en déclarant pouvoir porter de grands sacs. L'appréciation de la Dresse H. _____ n'a pas non plus porté sur les allégations du recourant que les douleurs variaient de 0 à 6,5 sur une échelle de 10, alors que lors de l'examen elles étaient évaluées à un niveau plutôt bas de 1,5. Elle n'a pas non plus mentionné, contrairement aux Drs N. _____ et R. _____, le maniement d'outils qui nécessite, en comparaison à l'écriture ou au dessin, plus de force, ni d'autres mouvements mettant à contribution notamment le poignet. En outre, les dernières radiographies et autres investigations sur lesquelles la Dresse H. _____ s'est fondée dataient du jour de l'accident (24 janvier 2009) pour l'avant-bras et le poignet, respectivement du 16 février 2009 pour la colonne lombaire (cf. p. 6 du rapport du 3 août 2011). De plus, dans un rapport du Dr B. _____ du 17 octobre 2012, est évoqué – pour la première fois en procédure AI – que le recourant l'avait consulté en janvier 2010 « pour des douleurs de la main droite, résultant d'une fracture de la tête du quatrième métacarpien avec bascule antérieure », le recourant ayant déclaré « s'être tapé la main contre le mur ». Enfin, lors de l'audience du 3 mars 2015, le Tribunal de céans a pu constater que la main droite du recourant avait une couleur violacée et une apparence nettement enflée par rapport à la main gauche. Etant donné les éléments qui précèdent, il n'est pas exclu que l'appréciation de la Dresse H. _____ corresponde dans son résultat à la réalité. Il subsiste néanmoins des doutes en particulier quant à l'état du membre supérieur droit, qui est essentiel chez une personne avec dominance de la main droite. Les constats à cet égard sont susceptibles d'influencer de manière prépondérante la détermination de la capacité de gain.

4.5 Il s'avère en conséquence que les faits n'ont pas suffisamment été élucidés, tant sur le plan psychiatrique que somatique. Par ailleurs, vu les atteintes et plaintes somatiques invoquées par le recourant depuis son accident du 24 janvier 2009, un examen au niveau rhumatologique, s'intéressant au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur, s'imposait, de même qu'un examen au niveau orthopédique et neurologique, voire des domaines de la neurochirurgie et de l'antalgie. En définitive, une expertise pluridisciplinaire, incluant un volet psychiatrique, aurait été judicieuse.

4.6 4.6.1 Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000 consid. 2, in : DTA 2001 n° 22 p. 170). De plus, un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

4.6.2 En l'espèce, l'intimé s'est contenté d'examens réalisés par un médecin interne à l'assurance au niveau rhumatologique et d'une expertise par un psychiatre externe qui s'est déterminé sans

concertation avec les somaticiens spécialisés. Selon ce qui a été exposé plus haut, l'intimé aurait par ailleurs dû envisager des examens d'autres spécialités suite à l'accident du 24 janvier 2009, le tout dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire avec une concertation entre les différents experts. En définitive, les faits ont donc été constatés de façon insuffisante, puisque il n'y a pas eu d'éclaircissement dans divers domaines spécialisés. En outre, vu ce qui précède, l'intimé aurait pu reconnaître, en l'état de son dossier, que les deux rapports des Drs T. _____ et H. _____ des 19 février 2010 et 3 août 2011 ne remplissaient pas toutes les conditions pour pouvoir fonder la décision querellée. Il manquait notamment diverses explications (cf. ci-dessus consid. 4.2 et 4.4). La mise en œuvre d'une expertise par le tribunal lui-même se serait imposée, si le besoin d'une nouvelle expertise n'était devenue évidente qu'en procédure judiciaire, parce que des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts n'étaient apparus, malgré une instruction irréprochable de l'administration, qu'après la décision attaquée (par exemple par un nouveau rapport médical ou une expertise privée). En l'occurrence, une telle situation ne s'est pas présentée, puisque la nécessité d'une instruction supplémentaire s'avèrait nécessaire déjà sur la base du dossier de l'OAI à la date de sa décision. 4.6.3 Dès lors, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cf. ci-dessus consid. 4.5), puis nouvelle décision dans le sens des considérants concernant la capacité de travail depuis début 2006 (cf. ci-dessus consid. 2.1) jusqu'à l'accident du 24 janvier 2009, puis dès le 1^{er} janvier 2010 (pour la période directement après l'accident, cf. ci-après consid. 5). Les experts mandatés décideront s'il est opportun d'inclure des experts d'autres spécialités. Dans la mesure où les experts envisagent le diagnostic de trouble somatoforme ou d'une affection psychosomatique assimilée, il devront tenir compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 ; cf. également ci-dessus consid. 2.4.2). 5. Les parties s'accordent pour admettre que le recourant présentait, suite à son accident du 24 janvier 2009, une incapacité de travail entière dans toutes activités dès cette date et jusqu'au 31 décembre 2009. Cela correspond aux conclusions de la Dresse H. _____ communiquées par son rapport d'examen du 3 août 2011 (p. 8) et du Dr S. _____ du 11 août 2011. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. Certes, la Dresse Q. _____ avait remarqué dans son rapport du 10 septembre 2009 que la mobilité de l'épaule gauche ne présentait aucun problème, de même que celle du poignet droit, au demeurant indolore, tandis que la colonne cervicale restait douloureuse. Cela étant, lorsque les Drs H. _____ et S. _____ ont livré leur appréciation, le rapport de la Dresse Q. _____ leur était déjà connu, puisque la Dresse H. _____ a expressément évoqué ce document. Dans cette mesure, l'octroi d'une rente entière, fondée sur un degré de 100%, par l'OAI pendant la période s'étendant du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010 n'apparaît pas critiquable, ce également compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI mentionné supra, s'agissant de l'interruption de cette prestation. Dans l'hypothèse où, à l'issue de l'instruction complémentaire que devra diligenter l'intimé (cf. ci-dessus consid. 4), le degré d'invalidité avant l'accident devait être maintenu à 24% (cf. ATF 104 V 141 consid. 2), le recourant n'aurait droit à une rente AI que dès le 1^{er} avril 2009, comme l'a à juste titre exposé l'OAI, vu la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (resp. art. 29 al. 1 let. b LAI jusqu'au

E. 31

décembre 2007) imposant une incapacité de travail pendant une année de 40% au moins sans interruption notable (cf. pour le début du délai d'un an dès la survenance d'une incapacité, voire d'une perte de gain, d'au moins 20% : Pratique VSI 1998 p. 126 ; TFA I

857/02 du 24 mars 2004 consid. 2.3 ; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3^{ème} éd. 2014, n. 25 et 32 ad art. 28 LAI ; Meyer, op. cit., ad art. 28 LAI, p. 279 in fine et 280 ; Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 2010 à 2018 et annexe II ; cf. aussi ATF 104 V 191 consid. A ; 96 V 34, en particulier p. 40). Ne serait pas échappant pas davantage critiquable que l'intimé n'ait octroyé qu'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2009 et une rente entière uniquement dès le 1^{er} juillet 2009 (cf. ATF 109 V 125 ; Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 6 à 10 ad art. 29 LAI). Si au contraire, à l'issue de ladite instruction complémentaire, il devait s'avérer que le degré d'invalidité était supérieur au 24% avant l'accident, l'intimé devrait alors réexaminer le versement d'une rente éventuellement plus élevée dès le 1^{er} avril 2009, voire antérieurement. 6. Vu l'exposé qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants (cf. ci-dessus consid. 4.6.3), la rente entière accordée pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2010 étant confirmée. 7. 7.1 Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). 7.2 Le recourant obtenant gain de cause a droit à des dépens qui comprennent une participation aux frais d'avocat et sont fixés, sans égard à la valeur du litige, notamment d'après l'importance et la complexité de celui-ci. Sont ainsi mis à la charge de l'OAI 3'000 francs à titre de dépens (cf. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). 7.3 Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation de l'avocate, il convient de fixer la rémunération de cette dernière laquelle a œuvré en tant que conseil d'office du recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Gillieron a produit le 16 mars 2015 la liste de ses opérations comprenant des activités d'avocat pendant 21 heures et 15 minutes, 120 fr. de frais de vacation pour le déplacement à l'audience et des débours pour frais postaux et de photocopies de 206 francs. Hormis six correspondances à la Justice de Paix qui correspondent à une heure de travail et ne sont pas en lien direct avec la défense des intérêts de l'assuré dans la présente cause, la liste en question n'appelle pas de remarque particulière. On admettra donc 20 heures et 15 minutes au tarif horaire de 180 fr. avec les autres frais énumérés, majorés de la TVA de 8%, ce qui permet d'aboutir à un montant total arrondi de 4'289 francs. Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 3'000 fr. (cf. consid. 7.2), le solde de 1'289 fr. est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au service de justice législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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