

# VD\_GERICHTE ZD09.031045 vom 26. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.031045](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.031045)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.031045 du 26 septembre 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.031045 del 26 settembre 2011

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 438/09 - 435/2011 CO UR DE S ASSURANCES S  
OCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 26 septembre  
2011 \_\_\_\_\_ Présidence de M. NEU Juges : M. Métral et Mme Pasche  
Greffier : Mme Matile \*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, et  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 4, 28 LAI; 6, 7 LPGA; 93 al. 1 let. a LPA-VD 402

- 2 - E n f a i t : A. E. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), ressortissant portugais né en 1964,  
travaillait en qualité de maçon pour une entreprise de travail temporaire lorsqu'il a été  
victime d'un accident, recevant un objet lourd sur le dos de sa main gauche le 23 août 2006.  
La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) a pris en charge  
les suites de cet événement. Le 15 janvier 2008, l'assuré a déposé auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations  
pour adultes tendant à l'octroi d'une rente. Dans le cadre de l'instruction de cette demande,  
l'OAI s'est adressé à la Clinique et permanence de Q. \_\_\_\_\_, qui s'est occupée du  
traitement d'E. \_\_\_\_\_ dès le 31 octobre 2006. Dans un rapport du 4 juillet 2008, le Dr  
V. \_\_\_\_\_, chef de clinique, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de  
status après forte contusion du poignet gauche avec algodystrophie et de syndrome de  
douleurs chroniques au bras gauche. Ce praticien a retenu une incapacité de travail de 100  
% depuis le 23 août 2006 jusqu'à l'établissement de son rapport. En raison des douleurs et  
de la raideur de la main, il estimait que celle-ci n'était pas utilisable, sauf pour des tâches  
très légères. Ainsi, l'activité de maçon n'était selon lui plus exigible, sans qu'on puisse  
s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la  
capacité de travail. Le 8 juillet 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-chef du Service  
d'anesthésiologie et antalgie de l'Ensemble hospitalier de I. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un  
rapport médical dont la teneur est la suivante: "1. Situation actuelle Persistance des douleurs  
en étaiu du poignet gauche accompagnées d'irradiations à type de brûlures jusqu'au niveau  
de l'épaule gauche. Les douleurs sont permanentes, diurnes et nocturnes, amplifiées par la

- 3 - mobilisation du MSG et s'accompagnent d'une limitation fonctionnelle de l'épaule et  
surtout du poignet que le patient maintient immobilisé au moyen d'une attelle. Malgré une  
amélioration subjective de 40% suite à l'implantation d'un stimulateur médullaire, le VAS  
de repos est à 6/10 et augmente à 8/10 à la mobilisation du bras gauche. En raison de  
réactions de défense importantes, l'évaluation fonctionnelle est difficile avec une  
mobilisation active ou passive du poignet impossible que ce soit en flexion ou en extension  
et une abduction de l'épaule bloquée à environ 50°. En plus du stimulateur médullaire, le  
patient bénéficie actuellement d'un traitement associant Tolvon, Mefenacid et Dafalgan. 2.  
Limitations à tenir en compte Outre, les limitations de mobilisation du poignet et de  
l'épaule signalées ci-dessus, le patient déclare être incapable de porter avec le MSG des

charges supérieures à 4kgs. 3. Capacité de travail dans une activité adaptée Malgré la présence de douleurs au repos, le patient se déclare prêt à assumer à plein temps un travail qui n'exigerait pas de port de charge supérieure à 4kgs, ni de mouvement en flexion/extension du poignet ou abduction de l'épaule. 4. Des mesures professionnelles sont-elles envisageables Au vu des éléments sus-mentionnés, la reprise d'un travail en qualité de maçon ne me paraît pas envisageable et comme M. E. \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas d'autres qualifications, les seules mesures seraient une nouvelle formation dans une activité tenant compte des limitations d'utilisation du MSG. 5. Remarques particulières Du 28.03.2008 au 28.04.2008, M. E. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé à l'Hôpital de [...] en raison d'une dépression sévère pour laquelle je n'ai pas d'information précise et je vous prie donc de voir avec le ou les médecins en charge de ce problème dans quelle mesure cet élément intervient dans la situation globale actuelle." Dans un rapport du 18 février 2009, les Drs D. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Département de psychiatrie du [...], indiquaient à l'OAI ne pas être en mesure de répondre à sa demande de rapport médical, dès lors que l'assuré ne se présentait pas aux rendez-vous fixés. Selon ces médecins, E. \_\_\_\_\_ n'était venu qu'à deux reprises à leur consultation, le 27 octobre 2008 et le 2 février 2009, présentant à chaque fois une symptomatologie dépressive sévère avec des idées suicidaires scénarisées dans un contexte socio-familial et professionnel complexe. Le manque de compliance par

- 4 - rapport aux rendez-vous n'a pas permis aux médecins d'ajuster la prise en charge psychiatrique et le traitement médicamenteux de l'assuré. L'OAI a par ailleurs requis de la CNA de lui adresser le dossier de l'assuré. Y figurent notamment les pièces médicales suivantes: - un rapport du 20 décembre 2007 du Dr V. \_\_\_\_\_, de la Clinique et permanence de Q. \_\_\_\_\_, à l'attention de la CNA, faisant état de ce qui suit: "Le patient a reçu un objet lourd sur sa main gauche le 23.8.2006 avec par la suite développement d'une algodystrophie avec des douleurs importantes. Actuellement le patient a des douleurs très importantes qui ont été temporairement soulagées par l'implantation d'un neuromodulateur. Suite à l'amélioration des douleurs, on a commencé doucement à mobiliser le poignet, ce qui n'a pas été toléré par la main du patient qui réagissait par une forte tuméfaction et une augmentation très importante des douleurs qui montaient à nouveau jusqu'à l'épaule gauche. Conclusion: Il est d'ailleurs très difficile d'imaginer que le patient puisse solliciter sa main gauche qui ne supporte par le moindre effort (voir flexion-extension douce du poignet). Il ne me paraît pour cette raison pas exigible du patient dans le contexte de ses douleurs chroniques qui augmentent fortement au moindre mouvement de sa main gauche, de reprendre un travail même avec des activités légères."; - un rapport d'examen effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA du 22 janvier 2007, dans lequel le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relevait une impotence fonctionnelle globale du membre supérieur gauche, sans substrat anatomique démontré par la radiologie ou l'imagerie, l'évolution étant marquée par un comportement invalidant chez l'assuré encore tributaire d'une attelle plâtrée. Au terme de son rapport, ce praticien a donné suite à la demande de ses collègues de la Clinique et permanence de Q. \_\_\_\_\_ d'organiser d'ores et déjà un séjour d'observation stationnaire à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) qui devrait permettre de faire le point sur la composante psychosomatique, voire psychiatrique;

- 5 - - un rapport du 28 mars 2006 (recte: 2007) de la CRR, établi à la suite d'un séjour du patient du 7 février au 6 mars 2007, qui concluait à une incapacité de travail de 100% dans

l'activité de maçon. Les Drs R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et A. \_\_\_\_\_, médecin- assistant, retenaient ce qui suit: "En conclusion, on retient donc chez cet assuré le diagnostic d'algodystrophie de la main gauche, dans les suites d'une contusion du poignet. La relecture du dossier radiologique n'a pas permis de mettre en évidence de lésion traumatique en particulier fracturaire. Actuellement, cette algodystrophie semble encore en phase douloureuse, bien que l'appréciation clinique soit assez difficile étant donné le comportement douloureux très prononcé du patient et la variabilité de l'examen clinique. Le pronostic de cette algodystrophie devrait être en théorie favorable, devant l'absence d'une forme très enraidissante et très inflammatoire. Néanmoins l'évolution sera certainement très difficile en raison de facteurs extérieurs à la maladie : absence de qualification, absence de maîtrise de la langue française, co-morbidité psychiatrique avec trouble de l'adaptation et réaction dépressive prolongée, autoévaluation très élevée du handicap perçu (EVA 8/10 et score DASH des MS 70/100 à l'entrée, 80/100 à la sortie). " - un rapport établi le 15 février 2007 à la CRR, par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, à la suite d'un consilium psychiatrique, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, élément repris dans le rapport du 28 mars 2007 précité; - un rapport d'examen médical final du 9 juillet 2007, par lequel le Dr P. \_\_\_\_\_, signale ce qui suit: "EXAMEN CLINIQUE: L'examen est comme précédemment marqué par d'importantes autolimitations. La moindre tentative de palpation ou de mobilisation que ce soit du poignet, du coude ou de l'épaule s'accompagne de grimace et manifestation de douleur remontant jusqu'à la nuque et rendant une évaluation précise de la fonction pratiquement impossible. Lorsque l'on tente de mobiliser le poignet on obtient une amplitude qui ne dépasse pas une vingtaine de degré et se heurtant à l'opposition active de l'assuré. Passivement, on parvient à une abduction d'environ 80° de l'épaule gauche mais sans que l'on puisse aller au-delà en raison des manifestations douloureuses et des réactions d'opposition.

- 6 - Comme lors de notre précédent examen, nous sommes frappés par l'absence d'amyotrophie notable comme en témoigne la mesure des périmètres de l'avant-bras et du bras qui sont pratiquement symétriques. La colonne cervicale est douloureuse à la palpation et à la mobilisation. Nous demandons, ce jour, des radiographies à l'Institut [...]. Ces dernières témoignent d'une cervicarthrose C5-C6 relativement évoluée. On notera également des discrètes altérations dégénératives radio-carpiennes sans signe manifeste d'ostéo-dystrophie. APPRECIATION: Ce maçon, né en 1964, présente des troubles douloureux dans l'ensemble des membres supérieurs gauches qui se sont installés après une contusion-entorse survenu le 23.08.2006. Différentes mesures conservatrices, incluant des traitements en milieu stationnaire à la CRR, n'amènent aucune amélioration d'une situation manifestement influencée [par] des facteurs non organiques. L'extension actuelle des troubles douloureux à l'ensemble du membre supérieur droit, le comportement invalidant et les hyper-réactions notées à l'examen de ce jour, évoquent un tableau de syndrome somatoforme douloureux. Un syndrome cervical est constaté aujourd'hui, absent lors de notre précédent examen. Les radiographies effectuées en ce jour, révèlent une cervicarthrose relativement évoluée C5-C6. En revanche, les radiographies du poignet ne démontrent pas de signe radiologique patent d'algodystrophie. Elles révèlent tout au plus une ébauche arthrosique radio-carpienne. Dans l'état, nous ne voyons pas de mesures autres que purement symptomatique susceptible d'améliorer sur le plan somatique, un tableau clinique dominé par des facteurs non-organiques. L'assuré doit par ailleurs être encouragé à solliciter le plus possible le membre supérieur gauche à ce titre, le port pendant la journée

d'une attelle de nuit, confectionnée à Sion, nous paraît peu indiqué. La reprise d'une activité du travail en qualité de maçon nous paraît aléatoire ceci en raison du pronostic à long terme de la légère arthrose radio-carpienne présentée, de l'arthrose cervicale, et d'un syndrome somatoforme qui se greffe à présent sur l'évolution. Il convient dès lors d'annoncer d'ores et déjà cet assuré à l'Assurance-Invalidité. Si l'on se base sur les seules constatations objectives cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas de sollicitation soutenue du membre supérieur gauche ni de port de charge supérieur à 10 kg et permettant l'alternance des positions. Nous ne tenons pas compte ici de l'impact invalidant des facteurs psychiatriques sur les mesures de réadaptation ni sur la capacité de travail future. Il appartiendra aux instances compétentes de la Suva de se prononcer sur l'adéquation entre ces derniers et l'accident qui nous concerne. L'évolution radiologique actuelle n'objective plus de signes d'une algo-dystrophie floride. On pourra toutefois admettre que les phénomènes algo-dystrophiques qui ont suivi l'accident ont pu activer l'arthrose radio-carpienne débutante observée aujourd'hui. A ce titre, nous pouvons retenir une atteinte à l'intégrité sur le plan somatique qui fait l'objet d'une appréciation séparée."

- 7 - B. Par courrier du 11 juillet 2007, la CNA a informé E.\_\_\_\_\_, par son conseil de l'époque, que l'examen médical qu'il avait subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'en conséquence, il serait mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2007 au soir. La CNA a en outre précisé qu'elle examinait si elle pouvait encore lui allouer d'autres prestations d'assurances, notamment une rente d'invalidité ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans un courrier complémentaire du 4 septembre 2007, elle l'a informé que l'assurance prendrait tout de même en charge un suivi médical, soit entre deux à quatre consultations par année et la prescription ponctuelle d'anti-douleurs. Par décision du 17 septembre 2007, la CNA a octroyé à E.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité à raison d'une incapacité de gain de 17%, l'assuré étant à même d'exercer, durant toute la journée, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution son poignet gauche, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu mensuel d'environ 4'200 fr., part du 13ème salaire incluse. Compte tenu d'un gain annuel assuré de 62'941 fr., le montant de la rente a ainsi été arrêté à 713 fr. 35 par mois dès le 1er octobre 2007. La CNA a estimé pour le surplus que les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et, partant, qu'aucun droit aux prestations n'existait à ce titre. Compte tenu de l'appréciation médicale, la CNA a retenu enfin l'existence d'une atteinte à l'intégrité de 7,50 %, représentant l'octroi d'un montant de 8'010 francs. A la suite de l'opposition formée en temps utile par E.\_\_\_\_\_, la CNA a rendu le 21 avril 2008 une décision sur opposition dans laquelle elle a derechef nié tout lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident du 23 août 2006; elle a estimé que leurs conséquences n'incombaient pas à l'assureur-accidents et qu'elle n'avait dès lors pas à en tenir compte dans l'examen de l'ampleur des

- 8 - prestations. Pour le reste, se fondant notamment sur le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 9 juillet 2007, la CNA a estimé que si, compte tenu des circonstances, la reprise de l'activité de maçon apparaissait aléatoire, cela ne signifiait pas pour autant qu'il fallait considérer E.\_\_\_\_\_ comme totalement invalide, pour le moins du point de vue de l'assurance-accidents. En effet, selon les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_, objectivement, pour les seules séquelles de l'assuré, une pleine capacité de travail pourrait être exigée de l'intéressé dans

toute activité n'impliquant pas de sollicitation soutenue du membre supérieur gauche ni de port de charge supérieure à 10 kg et permettant d'alterner les positions. La CNA a estimé à cet égard que les certificats médicaux des Drs Z.\_\_\_\_\_, du 3 mars 2008, et du Dr V.\_\_\_\_\_, du 20 décembre 2007, ne permettaient nullement de mettre en doute le bien-fondé des conclusions médicales sur lesquelles la décision avait été rendue. Cela étant, la CNA a confirmé en tous points la décision du 17 septembre 2007. C. L'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR). Dans un rapport du 18 mars 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé l'algoneurodystrophie post contusion de la main gauche traitée et des douleurs résiduelles. Il a indiqué, comme pathologies associées, avec influence sur la capacité de travail, une arthrose radio-carpienne débutante et une cervicarthrose C5-C6. Selon le Dr X.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle; elle était par contre de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (pas de sollicitation soutenue du membre supérieur gauche ni port de charge de plus de 10 kg, activité permettant l'alternance de positions). Ce praticien a estimé qu'il n'y avait pas lieu, à cet égard, de s'écarter de l'appréciation du médecin de la CNA. Le 9 juin 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, par lequel il entendait rejeter sa demande de rente et de mesures professionnelles, estimant que s'il ne pouvait plus exercer son activité de maçon, il ressortait du dossier qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, respectant les limitations fonctionnelles établies. Procédant à une évaluation

- 9 - économique, l'OAI a retenu que l'assuré était en mesure de réaliser, dans une activité adaptée, un revenu annuel de 54'130 fr. 05. Un tel revenu, comparé au gain valide de 60'812 fr. mettait en évidence une perte de gain de 6'681 fr. 95, correspondant à un degré d'invalidité de 10.98%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 29 juin 2009, l'OAI a informé E.\_\_\_\_\_ que son droit à une aide au placement était ouvert. Par communication du 9 juillet suivant, l'OAI a indiqué à l'intéressé qu'une orientation professionnelle et qu'un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par son service de placement. Une décision formelle à ce propos a été rendue le 28 juillet 2009. Par décision du 20 juillet 2009, dont la motivation était identique à celle du préavis du 9 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. D. Par acte déposé le 14 septembre 2009, E.\_\_\_\_\_ a sollicité de la Cour des assurances sociales un nouvel examen de son cas. Invité par le juge instructeur à compléter son écriture en indiquant ce qu'il demandait et en quoi il critiquait la décision attaquée, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision attaquée, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire neutre et à la reconnaissance de son droit à une rente d'invalidité. Il relève à ce propos que sa main gauche ne supporte aucun effort et, dans un contexte de douleurs chroniques, qu'il ne lui est pas possible de reprendre un travail, même avec des activités légères, comme l'atteste d'ailleurs le Dr V.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute, selon lui, un état dépressif sévère, constaté par les médecins de la Polyclinique du Département de psychiatrie du [...]. Dans sa réponse du 13 janvier 2010, l'OAI a, s'agissant de l'aspect somatique, rappelé que le médecin d'arrondissement de la CNA avait conclu à une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le recourant ne faisant valoir aucune modification de son état de santé de ce point de vue. En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, l'OAI

- 10 - rappelle que les documents en sa possession au moment de rendre la décision litigieuse ne permettaient pas de retenir une atteinte à la santé invalidante. Dans le cadre de l'aide au placement accordée au recourant, un rapport médical a toutefois été demandé au

Département de psychiatrie du [...], lequel a été soumis à l'appréciation du SMR, qui, sous la plume du Dr X. \_\_\_\_\_, relève ce qui suit en date du 11 janvier 2010: "Suite à la 1ère demande de l'assuré en date du 6.12.2007, l'instruction médicale initiale mise en place par le SMR se conclut par le rapport d'examen SMR en date du 18.03.2009, qui reconnaît à l'assuré une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de maçon et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 9.09.2007. Dans le cadre de cette instruction initiale, ce cas ressortait essentiellement comme un cas SUVA suite à l'événement du 23.08.2006. Les conclusions du SMR se basaient sur l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier durant l'instruction et sur les conclusions de la décision sur opposition de la SUVA en date du 21.04.2008. Sur le plan somatique, aucun fait nouveau n'a été annoncé. La décision sur opposition du 21.04.2008 de la SUVA écarte le lien de causalité adéquat entre les troubles psychiques actuels de l'assuré et l'évènement accidentel initial. En page 6, la décision précise que l'accident de l'assuré est à classer dans la catégorie des accidents de peu de gravité, ce qui commande en principe de nier d'emblée l'existence d'un lien de causalité adéquat avec les troubles psychiques litigieux. A notre connaissance cette décision sur opposition n'a pas été attaquée. Aucune modification somatique n'a été établie depuis le rapport d'examen SMR du 18.03.2009. L'alcoolisme qui a affecté l'assuré est primaire. Au niveau de la sphère psychique, le premier document versé au dossier en date du 18.02.2009 est une lettre du Dr D. \_\_\_\_\_ à l'OCAI qui atteste la consultation à 2 reprises de l'assuré auprès de la division de psychiatrie adultes: le 27.10.2008 et le 2.02.2009. Il est mentionné que l'assuré présentait alors une symptomatologie dépressive sévère avec des idées suicidaires scénarisées dans un contexte socio-familial et professionnel complexe. La ligne suivante précisait le manque de compliance par rapport aux rendez-vous et l'impossibilité d'organiser une prise en charge psychiatrique structurée incluant un traitement médicamenteux. Nous avons estimé que ce document faisait référence à un état de crise aiguë et que même si une symptomatologie dépressive sévère était rapportée, cela n'était pas suffisant pour constituer un diagnostic d'épisode dépressif sévère au sens de la CIM-10, rien ne démontrant que cette symptomatologie ait duré plus de 2 semaines. Postérieurement au rapport d'examen SMR du 18.03.2009, le Dr D. \_\_\_\_\_ du département de psychiatrie adulte du [...] a adressé un courrier en date du 29.06.2009, un début de compliance thérapeutique est rapporté. Il est cependant précisé dans la 2ème page de ce courrier que les médecins signataires estiment indiquées des mesures de réinsertion professionnelle afin de mieux évaluer la capacité de travail de l'assuré. A aucun moment cependant, ces médecins ne se prononcent sur la capacité de travail exigible dans une

- 11 - profession adaptée, même s'ils sont favorables à la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle. Dans un courrier du 17.03.2008, mis en GED le 18.09.2009, qui nous était donc inconnu lors de notre rapport d'examen SMR, le Dr M. \_\_\_\_\_ fait part à un avocat de l'assuré de ses constatations lors des consultations du 26.02.2007, 6.03.2007 et 13.03.2007 et des diagnostics retenus, soit: état dépressif sévère sans symptôme psychotique et trouble anxieux généralisé. Il est à noter que dans les pièces versées dans le rapport médical du 17.09.2009, il est fait mention comme antécédent psychiatrique d'un éthyliste chronique sévère depuis 2001. En annexe, nous sommes informés que l'assuré bénéficie d'un traitement de Tolvon® 30 mg dont nous ignorons s'il est prescrit dans le cadre d'une stratégie de prise en soin de la douleur ou à visée antidépressive ou les deux, une prescription de Seroquel® à la dose de 200 mg le matin et 300 mg le soir, une prescription de Temesta® Expidet 1 mg à visée anxiolytique, et une prescription de

somnifères sous la forme de Zolpidem® 1 cp au coucher. Dans un courrier du 8.07.2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_, antalgiste à Morges, relevait une hospitalisation à l'hôpital de [...] du 28.03.2008 au 28.04.2008, au sujet de laquelle aucun médecin de l'assuré n'a cru bon de nous transmettre le compte-rendu de l'hospitalisation, ce qui est indispensable à l'établissement de la chronologie des problèmes psychiques qui affectent cet assuré. Enfin le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin du département de psychiatrie adulte du [...], retient le 30.09.2009, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique qui existerait depuis 2006, associé à un trouble de la personnalité non spécifié. Il nous précise, dans le texte de son rapport, que l'hospitalisation à [...] a été faite sur le mode non-volontaire, ce qui constitue de façon objective un facteur de gravité. Le traitement décrit dans ce rapport du 30.09.2009 est un traitement complexe associant deux antidépresseurs et un neuroleptique à doses efficaces vis-à-vis duquel nous ignorons la compliance de l'assuré et les résultats des monitorings thérapeutiques effectués. De façon qui pourrait sembler en contradiction avec la sévérité de l'atteinte décrite, le Dr D. \_\_\_\_\_ estime cependant que l'assuré a une capacité résiduelle de 50% dès le 1.10.2009 dans une activité adaptée. Plaise au Tribunal de compléter l'instruction médicale par la mise en place d'un examen psychiatrique SMR ou d'une expertise psychiatrique qui précisera entre autre: • Les problèmes de santé psychique de l'assuré et leur évolution dans le temps • Les limitations fonctionnelles psychiques et leurs influences sur la capacité de travail de l'assuré ainsi que la chronologie des empêchements." Au vu des éléments contenus dans ce rapport, l'OAI a préavisé en faveur de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. E. Dans le cadre de l'instruction de la cause, une expertise a été confiée au Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après: CEMED). Les experts, le Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, la Dresse J. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et le Dr I. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH,

- 12 - ont déposé leur rapport le 29 septembre 2010. Celui-ci contient un rappel des pièces du dossier (p. 3-6), une anamnèse complète et la description des plaintes et données subjectives de l'assuré (p. 6 à 19), une synthèse et discussion (p. 19 à 22) et les réponses aux questions (p. 23 à 25). La synthèse de ces praticiens sur le cas d' E. \_\_\_\_\_ est la suivante: "Rappel de l'histoire médicale : Monsieur E. \_\_\_\_\_ est un expertisé portugais, maçon de 46 ans, divorcé et père de deux enfants majeurs ayant grandi chez leur mère après le divorce en 1992. Sans formation professionnelle à proprement parler, il travaille pendant plusieurs années sur des chantiers au Portugal en qualité de maçon. Il arrive en Suisse en 1990 où il continue une activité en qualité de manoeuvre sur des chantiers bénéficiant de différents engagements d'une durée de plusieurs années à plein temps. Il est victime d'un accident de travail en août 2008 (recte: 2006). Il reçoit alors un objet lourd sur la main gauche et depuis lors ne retravaillera plus. Il séjourne à la Clinique SUVA à Sion en février-mars 2007. Malgré toutes les modalités thérapeutiques bien conduites les douleurs de la main et du poignet gauches subsistent voire s'intensifient, avec phénomène d'extension de la douleur au membre supérieur gauche dans son ensemble et à la région lombaire, ainsi qu'au membre inférieur gauche. Sur la base d'une scintigraphie osseuse à la Clinique de réadaptation romande de Sion on a posé le diagnostic de probable algo-dystrophie de Südeck de la main gauche, actuellement le status clinique ne montre aucun signe (ni dyscoloration, ni oedème, ni atrophie cutanée, ni restriction de mobilité articulaire) et le bilan radiologique ne montre pas de déminéralisation osseuse de la main et du poignet gauches. Cette affection peut donc être considérée comme résolue. On relève également une obésité sévère depuis trois à quatre ans. Il annonce peser 76 kg en 2006 et 91 kg en 2007. Sans anamnèse familiale de diabète, il lui aurait été diagnostiqué un diabète de type 2 en 2008, non traité jusqu'à ce

jour. Il existe également la notion d'une hypertension artérielle non traitée, ainsi qu'un syndrome des apnées du sommeil diagnostiqué en août 2009, traité par CPAP. Il n'est pas rapporté de complications liées tant à l'hypertension artérielle qu'au diabète. Monsieur E. \_\_\_\_\_ ne pratique pas d'autocontrôle. Son médecin traitant, le Dr N. \_\_\_\_\_, que nous avons contacté, nous annonce que la compliance est mauvaise, le suivi irrégulier. En décembre 2009, une hypertension artérielle à 185/100 mmHg puis 200/92 mmHg, a cependant été efficacement corrigée par la prise de Ramipril 5-25; les dernières valeurs tensionnelles se situant à 120/80 mmHg, il n'y a pas de complications liées à cette hypertension artérielle. Quant au diabète, il est annoncé équilibré. La dernière glycémie datant de janvier 2010, se situe à 7,6 mmol/l avec une hémoglobine glyquée à 6,0% en janvier 2010. La créatinine est normale à 69 µmol/l. Il n'y a pas de protéinurie. Le cholestérol se situait à 6,1 mmol/l, soit au-dessus de la cible thérapeutique fixée à 5,0. Par ailleurs, il présente une hypertriglycéridémie à 3,7 mmol/l, traitée par Simvastatine 40.

- 13 - Monsieur E. \_\_\_\_\_ consulte pour la première fois un psychiatre à la consultation de [...] à raison de trois entretiens de février à mars 2007. Il consulte à nouveau une fois en octobre 2008 et février 2009. Les psychiatres retiennent le diagnostic de symptomatologie dépressive sévère ainsi que d'un trouble anxieux généralisé. Monsieur E. \_\_\_\_\_ est hospitalisé d'office à l'hôpital psychiatrique de [...] du 28 mars au 28 avril 2008, traitement qu'il interrompt de son propre gré afin de se rendre au Portugal où il rejoint sa compagne avant de retourner en Suisse en juin 2008. Le Dr D. \_\_\_\_\_ de [...], confirme en septembre 2009 le diagnostic d'un épisode dépressif sévère et retient en plus le diagnostic d'un trouble de la personnalité non spécifié. Il atteste une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à partir du 1er octobre 2009. Situation actuelle, synthèse et conclusions : Sur le plan somatique, on retient des douleurs persistantes du membre supérieur gauche 4 ans après une contusion de la main gauche, ainsi qu'un phénomène d'extension de la douleur à la région lombaire et au membre inférieur gauche. Le tableau clinique actuel est celui d'un syndrome douloureux chronique avec phénomènes d'autolimitation à l'examen clinique, chez un patient difficile à examiner. Monsieur E. \_\_\_\_\_ présente par ailleurs un syndrome métabolique avec obésité, diabète, hypertension et dyslipidémie. Ce syndrome métabolique n'est pas assorti de complications, l'hypertension artérielle est compensée sous traitement. Le diabète est équilibré avec une hémoglobine glyquée dans la norme. Il existe une discrète dyslipidémie. Cliniquement, il présente une obésité sévère avec un BMI à 37.3. Concernant les apnées du sommeil dont nous ne connaissons pas l'évolution sous CPAP, Monsieur E. \_\_\_\_\_ ne se plaint cependant pas de somnolence diurne actuellement. Du point de vue respiratoire, et malgré un tabagisme actif important, il n'y a pas de syndrome broncho-obstructif significatif avec un VEMS à 94% de la valeur théorique et un Tiffenau à 88%. Le diabète ne présente pas de complications objectivées. Le status cardiovasculaire est sans anomalie hormis une pression artérielle au-dessus de la norme à 144/102 mmHg. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque et les pouls sont bien palpés en périphérie. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une polyneuropathie, et ce avec vraisemblance si l'on tient compte d'un examen entaché d'approximations liées à la mauvaise collaboration de l'assuré. En conclusion, Monsieur E. \_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique intéressant à la fois le membre supérieur gauche, le rachis lombaire et le membre inférieur gauche. L'examen des amplitudes articulaires met en évidence des phénomènes d'autolimitation, probablement inconscients, chez un patient s'étant organisé autour de l'état douloureux chronique. Objectivement toutefois il n'y a pas de lésion organique, pas de lésion dégénérative, pas de défaut d'axe des membres, pas de trouble statique du rachis,

pas de signe d'atteinte neurologique non plus. De plus les signes de non-organicité de Waddell sont tous présents.

- 14 - Chez ce sujet, qui présente des rachialgies et qui est par ailleurs porteur d'un stimulateur épidual, il peut être considéré que l'activité de maçon n'est plus possible, mais que la capacité de travail est complète dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 10kg, ni flexion antérieure du tronc répétée. Nous rejoignons ainsi l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_. Monsieur E.\_\_\_\_\_ présente encore un syndrome métabolique avec diabète, hypertension, obésité et dyslipidémie, un syndrome des apnées du sommeil appareillé. Il n'est pas relevé de complications liées à ces affections. Aucune limitation fonctionnelle ne peut être considérée. En conclusion, la capacité de travail est entière. Sur le plan psychique, notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, de troubles paniques ni de troubles phobiques. Depuis son accident de travail le 23 août 2006, Monsieur E.\_\_\_\_\_ se plaint de la survenue d'angoisses et d'un abaissement de l'humeur, situation qui s'est aggravée suite à la réception d'une lettre de la SUVA refusant les prestations demandées. En réaction à cette lettre, Monsieur E.\_\_\_\_\_ souffre d'une crise psychique raison pour laquelle, il dit avoir contacté pour la première fois un psychiatre en 2007. Puis, il souffre à nouveau d'une crise psychique en mars 2008, raison pour laquelle il passe un séjour en non volontaire à l'hôpital psychiatrique de [...] pendant quatre semaines avant d'interrompre le traitement stationnaire afin de se rendre de son propre gré au Portugal. Depuis, Monsieur E.\_\_\_\_\_ décrit la persistance d'un abaissement de l'humeur et d'angoisses. Cependant, la description de ses angoisses reste incohérente et évasive. C'est ainsi qu'il décrit des angoisses non spécifiques au début de l'examen, puis à l'anamnèse orientée, il nie des éléments en faveur d'une anxiété persistante avec des symptômes anxieux se limitant à des ruminations quant à ses problèmes financiers avec la peur de perdre son appartement au Portugal, sans élément en faveur de la persistance d'un sentiment d'angoisse s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs objectivables ni d'une attente craintive manifeste. En conséquence, nous ne pouvons pas confirmer le diagnostic d'une anxiété généralisée. Après la présentation théâtrale et dramatique de son désespoir au début de l'examen, Monsieur E.\_\_\_\_\_ se présente de plus en plus euthymique avec des abaissements de l'humeur restant relativement légers. En parallèle, sa plainte concernant une perte importante de l'intérêt et du plaisir, ainsi qu'un manque d'énergie présente des incohérences avec la description de son intérêt pour les matchs de football, des rencontres avec des amis compatriotes, le plaisir de s'occuper de la fille de sa compagne, ainsi que le déroulement de sa vie quotidienne qui continue de mener une vie sociale active. Monsieur E.\_\_\_\_\_ ne présente pas non plus de diminution importante de la concentration et de l'attention, ni de sentiment de culpabilité, au contraire, il se considère surtout victime de l'injustice des assurances et de l'incompréhension du corps médical. Malgré la description d'idées noires et suicidaires dans le passé, il ne présente pas d'attitude manifestement morose face à l'avenir, mais développe des projets positifs avec l'idée de devenir facteur ou de s'occuper d'enfants. En l'absence d'une diminution de l'appétit chez un sujet souffrant d'une importante surcharge pondérale ayant pris plusieurs

- 15 - kilos les six derniers mois, les symptômes dépressifs restent relativement légers et avec un degré de sévérité se limitant à un épisode dépressif léger selon les critères de définition de la CIM 10. Cet épisode dépressif léger s'inscrit dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle avec une tendance au théâtralisme et une sensibilité pour des blessures narcissiques chez quelqu'un s'étant

installé dans un rôle de victime dominé par un sentiment de rancune et d'injustice, en faveur d'une accentuation des traits de personnalité immatures et émotionnellement labiles. Malgré cette structure de personnalité, Monsieur E.\_\_\_\_\_ a été capable de fonder une famille, de s'engager d'une manière stable dans des relations sentimentales et de s'intégrer avec succès pendant plusieurs années dans la vie professionnelle de son pays d'accueil après immigration à l'âge de 25 ans. En conséquence, Monsieur E.\_\_\_\_\_ ne présente pas de déviation extrême ou significative de perception, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui persistant depuis l'enfance ou l'adolescence comme demandée par la CIM 10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité. Ayant souffert d'une dépendance primaire à l'alcool pendant plusieurs années, Monsieur E.\_\_\_\_\_ a également fait preuve de ressources personnelles afin d'arrêter sa consommation abusive d'alcool, sans élément en faveur d'une rechute de sa consommation à l'origine des symptômes décrits par l'assuré (voir résultat du laboratoire actuel). Le monitoring médicamenteux correspond cependant à une prise largement insuffisante voire absente de l'antidépresseur ce qui contraste avec ses déclarations. Néanmoins, l'anamnèse Monsieur E.\_\_\_\_\_ présente des crises psychiques survenues en réaction à des échecs de sa lutte pour une compensation financière à la suite de son accident en 2006, ayant nécessité entre autres une hospitalisation en milieu psychiatrique en mars 2008. Cependant, ces crises psychiques sont toujours restées limitées à quelques semaines au maximum. C'est ainsi qu'il s'organise pour quitter de son propre gré l'hôpital avant de convaincre son assistante sociale de lui prêter CHF 400,- pour se rendre au Portugal seul en avion où il reste pendant plusieurs semaines, ce qui n'est plus compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif moyen ou sévère selon les critères de définition de la CIM 10. Puis, il continue son suivi irrégulier à la consultation de [...] tout en continuant à faire face aux exigences de la vie quotidienne et de mener une vie indépendante entre la Suisse et le Portugal avec un dernier séjour de vacances en été 2009. Quant à ces vacances, il constate lui-même avoir bien profité de ce séjour d'un mois au Portugal ayant entrepris des excursions, par exemple pour rencontrer sa famille et pour se baigner dans la mer ce qui n'est également pas compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif moyen ou sévère. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. C'est également dans le contexte de sa structure de personnalité ainsi que de sa lutte pour une compensation financière de la part des assurances, que Monsieur E.\_\_\_\_\_ s'est installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de divers symptômes psychiques qui présentent cependant des incohérences importantes avec les éléments

- 16 - objectivables lors de l'examen psychiatrique actuel, ainsi que de l'anamnèse. Le diagnostic d'un épisode dépressif sévère retenu dans les rapports de la consultation de [...] se base ainsi principalement sur la description dramatique et subjective de symptômes par Monsieur E.\_\_\_\_\_, qui reste cependant incohérent avec les éléments objectivables, documentés dans le status psychopathologique comme une tenue vestimentaire et hygiène correctes chez un sujet calme et collaborant avec un discours informatif. Similairement, Monsieur E.\_\_\_\_\_ amplifie les symptômes physiques dus à son accident en 2006 avec la description des limitations fonctionnelles de son bras gauche tout en utilisant son bras gauche sans difficulté majeure lorsqu'il est distrait. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En conclusion, c'est dans le contexte d'une lutte pour une compensation financière de la part des assurances que Monsieur E.\_\_\_\_\_ s'est installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de divers symptômes qui présentent cependant des

incohérences importantes avec les éléments objectivables de l'examen psychiatrique actuel ainsi que dans son anamnèse. Malgré des crises psychiques, Monsieur E. \_\_\_\_\_ a fait preuve de ressources d'adaptation lui ayant permis de continuer à faire face aux exigences de la vie quotidienne et de mener une vie indépendante sans élément en faveur d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable. On peut tout au plus retenir une incapacité de travail complète durant la période d'hospitalisation du 28 mars au 28 avril 2008. Dès sa sortie Monsieur E. \_\_\_\_\_ a montré que la capacité pouvait être à nouveau considérée comme complète, en partant au Portugal (cf plus haut). La capacité de travail est donc complète dans toute activité exigible, sans diminution de rendement." Invité à se déterminer sur l'expertise du CEMED, le recourant n'y a pas donné suite. Quant à l'OAI, il a estimé que cette expertise se fondait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical. De plus, ses conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cela étant, l'intimé a préavisé pour le rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité]; RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des

- 17 - décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 francs. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation d'une capacité de travail résiduelle dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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

- 18 - 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 (art. 6 LPGGA). En vertu de l'art. 7 LPGGA, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % (art. 28 LAI) au moins et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20 % au moins. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit

- 19 - claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). La jurisprudence reconnaît en particulier qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter 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 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

- 20 - Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent au demeurant être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité). 3. Il est constant que le recourant, victime d'un accident professionnel en août 2006, n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, en raison des douleurs chroniques ressenties. Reste à déterminer si, et le cas échéant dans quelle mesure, une capacité de travail reste exigible dans une activité adaptée qui tienne compte des limitations fonctionnelles, ce que le recourant conteste. a) Sur le plan somatique, l'OAI retient que l'assuré dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies (pas de sollicitation soutenue du membre supérieur gauche ni port de charges de plus de 10 kg, activité permettant l'alternance des positions). A cet égard, l'intimé fait siennes les conclusions du SMR du 4 mars 2009, lesquelles découlent de l'appréciation émise par la CNA dans sa décision sur opposition du 21 avril 2008. L'assureur-accidents a en effet estimé qu'il ressortait à satisfaction du rapport d'examen du Dr P. \_\_\_\_\_, qu'au plan organique, il n'existait tout au plus qu'une ébauche d'arthrose radio-carpienne. Cette atteinte, en raison de son pronostic à long terme, rendait certes aléatoire la reprise de l'activité habituelle de maçon, mais n'empêchait pas, objectivement, l'exercice d'une activité adaptée. Le SMR, par le Dr X. \_\_\_\_\_, a confirmé ce point de vue en cours de procédure (cf. rapport du 11 janvier 2010). On observe que cette appréciation a clairement été confirmée par l'expertise médicale judiciaire confiée au CEMED. Si ces praticiens relèvent des phénomènes d'autolimitation – probablement inconscients – chez le patient, ils ne mettent pas en évidence, dans leur rapport du 29

- 21 - septembre 2010, l'existence objective de lésion organique, de lésion dégénérative, de défaut d'axe des membres, de trouble statique du rachis ou de signe d'atteinte neurologique. Rien ne justifie de s'écarter de cette appréciation, en l'absence d'opinion divergente dûment motivée. Au demeurant, le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2007 auquel se réfère le recourant ne fait pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par les experts judiciaires et le SMR. b) Sur le plan psychiatrique, les experts du CEMED retiennent que le recourant a connu des crises psychiques liées à ses problèmes asséurologiques, lesquelles demeuraient toutefois toujours limitées à quelques semaines. Le monitoring médicamenteux a pour le surplus révélé une prise largement insuffisante, voire absente, de l'antidépresseur prescrit. Au terme de l'expertise, le CEMED a conclu que c'était dans un contexte de lutte pour une compensation financière de la part des assurances que le patient s'était installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de divers symptômes qui présentaient cependant des incohérences importantes avec des éléments objectivables de l'examen psychiatrique actuel ainsi que son anamnèse. Les experts ont également mis en exergue le fait que l'assuré avait su faire preuve de ressources d'adaptation lui permettant de continuer de faire face aux exigences de la vie quotidienne et de mener une vie indépendante sans élément en faveur d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable. Le départ de son propre gré au Portugal, après avoir interrompu son traitement à [...], en était à cet égard une excellente preuve. Le rapport du CEMED du 29 septembre 2010 a été rédigé après examen des éléments médicaux versés au dossier. Il contient une anamnèse détaillée, la description des plaintes et données subjectives de l'assuré, une appréciation du cas et les influences sur la

capacité de travail. Ainsi, l'expertise est détaillée et remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 133 V 450 et 125 V 351). L'expertise n'a mis en évidence aucune atteinte à la santé psychique et a abouti à la constatation que le recourant

- 22 - présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a reconnu au recourant une capacité de travail entière, dans une activité adaptée. c) Cela étant constaté, il convient d'admettre également que l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à des prestations de l'AI. En effet, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé ne prête pas flanc à la critique et n'est d'ailleurs pas discuté dans le présent recours. L'OAI s'est fondé à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son accident. La comparaison des revenus avec et sans invalidité est correcte (cf. art. 16 LPGA) et l'abattement de 10% opéré sur le salaire statistique n'est pas critiquable. Le degré d'invalidité de 10.98% auquel aboutit l'OAI étant inférieur au taux minimum légal de 40% ouvrant le droit à une rente (art. 28 LAI), comme d'ailleurs au taux minimum de 20% ouvrant le droit à des mesures professionnelles (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b), la décision du 20 juillet 2009 refusant de telles prestations au recourant est justifiée. 5. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

- 23 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 20 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - M. E. \_\_\_\_\_, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

- 24 - être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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