

VD_GERICHTE ZD09.033155 vom 9. Juli 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.033155

FR: VD_GERICHTE ZD09.033155 du 9 juillet 2012

IT: VD_GERICHTE ZD09.033155 del 9 luglio 2012

Erwägungen

E. 11

En mars 2006, ce praticien a constaté des contusions multiples, une entorse de la cheville droite et une compression du pli inguinal avec probable lésion/étirement du nerf fémoral gauche. En raison de la probable atteinte neurologique du pli inguinal, il a proposé un bilan

- 3 - complémentaire. Il a ajouté que l'assuré semblait présenter un syndrome post-traumatique marqué. Le 20 mars 2006, l'assuré a été examiné par le Dr B. _____, spécialiste FMH en neurologie. Dans un rapport du 21 mars 2006, ce médecin a diagnostiqué une contusion du nerf crural gauche, puis retenu que l'assuré avait été victime d'une compression du nerf crural dans le pli inguinal gauche. Il a retenu une évolution en grande partie favorable, avec disparition des troubles sensitifs et plus qu'un minime déficit moteur respectivement une asymétrie du réflexe rotulien. Il a constaté que l'EMG (électromyogramme) était dans les limites de la norme, puis a proposé des investigations complémentaires. Le 2 mai 2006, l'assuré a été examiné par le Dr C. _____, médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son rapport d'examen du 2 mai 2006, il a retenu un status 2 mois après des contusions multiples, une entorse de la cheville droite et de l'épaule droite et une compression du nerf crural dans le pli inguinal gauche. Il a noté la persistance d'une légère limitation fonctionnelle de l'épaule et un discret syndrome lombo-vertébral lombaire avec limitation mais sans trouble neurologique, rappelant une hypoesthésie globale du membre inférieur gauche. Il a retenu une incapacité de travail totale. L'assuré a effectué, du 9 mai au 20 juin 2006, un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR). Dans ce cadre, il a subi une IRM de l'épaule droite, un RX de la cheville droite, un RX de la colonne cervicale, et effectué un examen de physiothérapie. Lors d'un consilium psychiatrique, il a été examiné par le Dr D. _____, psychiatre FMH, qui dans un rapport du 17 mai 2006 a retenu ce qui suit dans ses conclusions: "Il s'agit d'un patient de 35 ans victime d'un accident de travail dans lequel il a été enfoui sous un éboulement de terre. Du point de vue symptomatique, le patient présente quelques signes allant dans le sens d'un état de stress post traumatique, dont des cauchemars occasionnels, des phénomènes de réviviscence diurnes et des comportements d'évitement. Ces éléments restent de degré modéré, à la limite du diagnostic de PTSD [posttraumatic stress

- 4 - disorder] au sens strict. Un suivi psychothérapeutique est cependant indiqué chez un patient avec dans les antécédents, un autre traumatisme psychique avec risque vital (risque de noyade à l'âge de 20 ans environ)". Dans un avis de sortie de la CRR du 11 juillet 2006, les Drs H. _____, chef de clinique et spécialiste FMH en rhumatologie, et I. _____, médecin assistante au service de réadaptation générale, ont posé les diagnostics de cervicalgies latérales droites, d'entorse de la cheville droite au décours, de tendinopathie dégénérative du supra-épineux et de la portion supérieure de l'infra-épineux droit, et de status post-traumatisme de l'épaule et de la cheville droites après chute dans une tranchée de

trois mètres de profondeur. Ils ont ensuite retenu ce qui suit dans leur conclusion: "Il s'agit d'un patient de 34 ans, qui a été enterré dans une tranchée de 3 m de profondeur suite à un éboulement de terre, le 07.03.06. La prise en charge en rééducation a permis une régression des douleurs de la cheville droite en rapport avec une entorse ; et une diminution des rachialgies à la jonction cervicodorsale. Il persiste un syndrome douloureux sans limitation de la mobilité de l'épaule droite, en rapport avec une tendinopathie dégénérative du supra-épineux et des douleurs latérocervicales, des muscles trapèzes et rhomboïde pour lesquelles la physiothérapie s'est avérée inefficace. Par conséquent [il n'y a] aucun intérêt de poursuivre cette dernière en ambulatoire. Sur le plan psychologique, il a été décelé des éléments d'un état de stress post traumatique. Le vécu douloureux est au premier plan et son expression paraît discordante avec les constatations objectives. Seule la tendinite de la coiffe justifie une incapacité de travail dans son métier habituel. Le patient sera gêné pour toutes les activités en hauteur ainsi que pour le port de charges moyennes à lourdes, et ceci de façon répétitive. Nous convenons tout de même la reprise de l'activité de maçon à but thérapeutique dès la sortie. Nous avons l'impression que ce patient pourrait évoluer vers une invalidation. Capacité de travail dans la profession actuelle de maçon: 0% du 21.06.06 au 25.06.06, puis reprise à but thérapeutique dès le 26.06.06". Le 26 juin 2006, l'assuré a repris le travail à but thérapeutique, mais il a dû y mettre fin après deux jours en raison de trop fortes douleurs au niveau de la nuque, du dos et de l'épaule droite. Dans un certificat médical du 18 juillet 2006, le Dr A._____ a attesté un arrêt de travail total.

- 5 - Dans un rapport du 14 juillet 2006, suite à une IRM de la colonne cervicale, le Dr [...], du centre d'imagerie diagnostique de Givisiez, a constaté des troubles statiques de la colonne cervicale, le reste de l'IRM s'avérant normal. Il n'a en particulier pas pu objectiver de remaniement post-traumatique. Dans un rapport du 22 septembre 2006, K._____, psychothérapeute FSP, a indiqué que l'assuré le consultait chaque semaine depuis le 1er septembre 2006 pour des séances d'accompagnement psychothérapeutique. La problématique était un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident du 7 mars 2006, l'assuré collaborant activement aux séances. Le 29 septembre 2006, l'assuré a été examiné par le Dr O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre conseil de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce médecin a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique en décours et d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Il a retenu que le trouble dépressif se manifestait par une humeur triste, des troubles du sommeil, une angoisse importante et une perte d'espoir, ainsi que des douleurs, vraisemblablement engendrées par un état de tension très important. L'assuré était totalement incapable de travailler, mais il était souhaitable que l'incapacité de travail ne dure pas trop longtemps pour éviter les effets néfastes sur l'ensemble de la pathologie. Du 31 octobre au 29 novembre 2006, l'assuré a effectué un deuxième séjour à la CRR. Dans ce cadre, il a effectué une IRM dorso- lombaire, une IRM de la cheville droite, un scanner cérébral, un RX des genoux, de la colonne dorso-lombaire et du bassin, une scintigraphie osseuse triphasique, ainsi qu'un examen de physiothérapie. Suite à un consilium psychiatrique, dans un rapport du 7 novembre 2006, le Dr D._____ a constaté des éléments post traumatiques modérés dont l'évolution s'était poursuivie à la baisse et qui, bien que toujours présents, ne justifiaient pas le diagnostic d'état de stress post traumatique. Il a relevé une évolution vers une symptomatologie de douleurs chroniques et

- 6 - vers la revendication d'examen complémentaires; il a recommandé la poursuite d'un suivi psychothérapeutique et proposé l'augmentation progressive d'une réadaptation active.

A la suite d'un conseil de l'appareil locomoteur (rachis), dans un rapport du 23 novembre 2006, le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, a constaté, lors de l'examen physique, des douleurs de nature musculaire. En tenant compte des pièces radiologiques, il a indiqué que les rachialgies cervico-dorso-lombaires avaient un caractère non spécifique, en ce sens qu'elles ne pouvaient être mises en relation avec les quelques troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du rachis, leur origine étant en grande partie musculaire. Il a toutefois proposé d'effectuer un CT-scan cérébral et une IRM dorso-lombaire. Dans un avis de sortie de la CRR du 15 décembre 2006, les Drs H. _____, chef de clinique et spécialiste FMH en rhumatologie, et E. _____, médecin assistant au service de réadaptation générale, ont posé les diagnostics de traumatisme de l'épaule gauche et de la cheville droite, de tendinopathie dégénérative du supra-épineux et de la portion supérieure de l'infra-épineux droit, de cervicalgies et dorsolombalgies, de gonalgies gauches, de douleurs du pli de l'aîne à gauche et de douleurs résiduelles de la cheville droite. Dans leur appréciation du cas, ils ont relevé ce qui suit: "A l'entrée le patient déclare au niveau de l'épaule des douleurs constantes estimées à 1/10, aux mouvements et aux ports de charges, des douleurs le réveillant la nuit. Il éprouve des difficultés lors des activités en hauteur. Au niveau du rachis, il décrit des douleurs occipito-cervicales, mais de façon plus importante encore au niveau dorsolombaire, empêchant les stations assises prolongées et augmentant au port de charges et à la mobilisation. De plus, le patient signale des douleurs du genou gauche, mécaniques à la marche au niveau du compartiment interne, avec oedème modéré le soir et augmentation des douleurs en fin de journée. Au niveau de la cheville droite, il déclare des douleurs mécaniques à la marche, limitant le périmètre de marche à ¾ d'heure, voir même à moins s'il marche rapidement. Il déclare que la course est impossible. Les douleurs sont décrites comme localisées au niveau périmalléolaire interne et externe. Au niveau de la cheville et du genou, il n'a pas de douleur de repos. Au status il y a très peu de constatations objectives, hormis un discret épanchement du genou gauche. Pour le reste les limitations constatées sont essentiellement liées aux douleurs déclarées par le

- 7 - patient. En particulier, les rachialgies cervico-dorsolombaires ont un caractère non spécifique en ce sens qu'elles ne peuvent être mises en relation avec les quelques troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du rachis (cf bilan RX). L'origine des douleurs est en grande partie musculaire. Le bilan radiologique réalisé durant le séjour montre au niveau du rachis des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale, une discrète spondylose dorsale lombaire prédominant en L1-L2 et une RX de la colonne cervicale datant de juin 2006, qui sont dans les limites de la norme. L'IRM cervicale du 12.07.2006 est dans les limites de la norme. Les RX standards réalisées durant le séjour, du rachis dorsolombaire et du bassin, ne montrent pas d'anomalie nouvelle par rapport aux bilans précédents. La scintigraphie osseuse montre des altérations compatibles avec des troubles dégénératifs au niveau L4-L5, ainsi qu'avec des remaniements post-traumatiques de la cheville et du tarse. L'IRM de la cheville droite montre une lésion sous-chondrale du dôme talien droit sur son versant externe, compatible avec une image post-traumatique. Il y a également un aspect discrètement tuméfié et infiltré de la portion proximale du ligament péronéo-calcanéen de la cheville droite. L'IRM dorsolombaire montre des séquelles d'ostéochondrose juvénile de la jonction dorsolombaire, sans lésion osseuse post-traumatique. Pas de canal lombaire étroit ni de hernie discale. Le scanner cérébral est dans les limites de la norme pour l'âge. Du point de vue psychique, il a été relevé lors du 1er séjour des éléments de stress post-traumatique de degré modéré, dont l'évolution s'est

poursuivie à la baisse. Ils sont encore présents aujourd'hui mais ne justifient pas le diagnostic d'un état de stress post-traumatique. On relève cependant une évolution psychologique qui se fait vers une symptomatologie de douleurs chroniques et vers la revendication d'examen médicaux complémentaires sur lesquelles le patient fait reposer des attentes clairement surfaites. On a l'impression d'un patient très investi dans son corps et peinant à accepter les limitations et symptômes douloureux que celui-ci présente. La poursuite d'un suivi psychothérapeutique débuté en ambulatoire est recommandée dans l'idée de soutenir ce travail d'adaptation. En physiothérapie, la prise en charge associe des thérapies passives principalement (mobilisations douces, massages et fangos) et actives, de mobilisations et d'étirements musculaires. En fin de séjour, le patient déclare ne pas percevoir d'amélioration et dit que cette situation l'inquiète énormément. Durant les thérapies, le patient est ponctuel, mais est à tel point centré sur la douleur et sur la recherche de son origine, qu'il n'a pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle adéquat. En conséquence, nous ne proposons aucune prise en charge ambulatoire. En résumé, les rachialgies cervico-dorsolombaires ont un caractère non spécifique, car elles ne peuvent pas être mises en relation avec les quelques troubles dégénératifs ou avec une lésion précise du

- 8 - rachis. L'origine est en grande partie musculaire. En ce qui concerne la cheville, il persiste sur l'imagerie un oedème du dôme de l'astragale, compatible avec une séquelle d'entorse de cheville. La prise en charge n'a permis aucune amélioration de la symptomatologie. Il y a même en fin de séjour une augmentation et une diffusion des douleurs. Sur le plan psychologique, les éléments d'état de stress post-traumatique sont en régression par rapport au précédent séjour et ne justifient pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le vécu douloureux est au 1er plan et son expression paraît discordante avec les constatations objectives. Nous craignons une évolution vers un syndrome somatoforme douloureux. Sur le plan socioprofessionnel, ce patient est installé en Suisse depuis 2001, titulaire d'un permis C. Il a appris la profession de maçon sur le terrain. Son contrat de travail est toujours en vigueur, cependant le patient a mandaté un avocat afin de défendre ses droits vis-à-vis de l'entreprise, car il y a un litige concernant la déclaration d'accident effectuée par son employeur. Il n'y a actuellement du point de vue purement biomédical, aucune justification à la poursuite à long terme d'une incapacité de travail. Cependant au vu du conflit avec l'employeur et des facteurs non médicaux intervenant dans cette situation, le pronostic d'une reprise réelle d'une activité professionnelle à court terme de M. G. _____ est réservé. Le suivi sera assuré par le médecin-traitant. Un examen par le médecin d'agence serait utile dans les 2 à 3 mois. Incapacité de travail dans la profession actuelle de maçon: 0% dès le 08.12.2006, à réévaluer. Une reprise théorique pourrait être envisagée dans un délai de 1 à 2 mois, de manière progressive". Dans un certificat médical du 17 janvier 2007, le Dr A. _____ a attesté une reprise du travail à but thérapeutique dès le 22 janvier 2007, à raison de 4h par semaine au début, avec augmentation progressive. Dans un rapport d'examen du 8 février 2007, le Dr C. _____ a indiqué que l'assuré avait repris son travail en effectuant des travaux légers, qu'il était très éprouvé par le moindre effort, souffrait de douleurs et était très sensible au froid. Sur le plan ostéo-articulaire, il a noté que la situation était toujours favorable mais qu'il persistait des douleurs de l'ensemble du corps. Le problème actuel était essentiellement psychologique et les traitements de physiothérapie et de psychothérapie se poursuivaient. Le 16 avril 2007, le psychothérapeute K. _____, attestant un suivi depuis septembre 2006, a fait état de séances régulières d'hypnothérapie, relevé que la problématique d'état de stress post-

- 9 - traumatique pouvait être considérée comme éteinte et qu'il n'y avait pas de signes cliniques du tableau favorisant une somatisation douloureuse comme un trouble psychogène. Dans un rapport du 19 juin 2007, le Dr P. _____, chiropraticien, a fait état de douleurs chroniques invalidantes du rachis cervical, dorsal et lombaire, de douleurs de l'épaule et de la cheville droite, de douleurs du genou et de l'aine gauche, puis de status post- traumatique. Il a indiqué que le traitement soulageait l'assuré de façon transitoire, mais qu'il restait d'importantes douleurs et une grande fatigue. L'assuré avait besoin d'un suivi à long terme, avec rééducation et renforcement de la musculature. Dans un rapport du 2 octobre 2007 rempli à l'attention de la CNA, la Dresse R. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a retenu des douleurs chroniques invalidantes du rachis cervical, dorsales et lombaires, des douleurs de l'épaule, de la cheville droite, du genou et de l'aine gauche. Elle a attesté une reprise progressive du travail de 20% à 50%. C. L'OAI a procédé à l'instruction de la demande déposée par l'assuré. Sur le plan économique, dans un extrait du compte individuel de l'assuré, la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a indiqué un salaire annuel de 64'877 fr. en 2004, de 58'675 fr. en 2005 et de 10'192 fr. en 2006. Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 5 novembre 2007, l'entreprise M. _____ SA a indiqué que l'assuré avait réalisé en 2005 un revenu annuel de 58'675 fr. 13, son salaire actuel brut étant de 4'842 fr. En sus des pièces médicales transmises par la CNA, l'OAI s'est adressé au Dr Q. _____, qui dans un rapport du 19 novembre 2007 a retenu les diagnostics de douleurs chroniques invalidantes, de status après ensevelissement dans une tranchée le 7 mars 2006 avec traumatisme de l'épaule et de la cheville droite, de cervicalgies, de dorso- lombalgies et d'état dépressif, puis une incapacité de travail de 100%

- 10 - depuis le 7 mars 2006. La prise en charge pluridisciplinaire (médicaments antalgiques, physiothérapie, chiropraxie, balnéothérapie et suivi psychologique) était peu efficace et une activité avec faibles charges physiques devait être possible au moins partiellement. Se prononçant sur les limitations fonctionnelles, il a retenu une capacité de travail de 50% (dans un premier temps, plus limitée) dans une autre activité, comme la fabrication de produits alimentaires ou la surveillance de machines. Dans un rapport d'examen du 5 mars 2008, le Dr C. _____ a signalé que l'assuré se plaignait de douleur de l'hémicorps droit, et également au niveau du pli de l'aine à gauche et du rachis, traitées médicalement. Il a indiqué qu'il n'y avait pas de séquelles organiques, en particulier la mobilité du rachis, de l'épaule et de la cheville étaient pratiquement physiologiques, ainsi que les médecins de la CRR l'avaient déjà constaté en juin 2006. Le 1er avril 2008, le Dr P. _____ a diagnostiqué des douleurs chroniques invalidantes du rachis cervical, dorsal et lombaire, des douleurs de l'épaule et de la cheville droites, et des douleurs du genou et de l'aine gauches. A l'examen clinique, il a constaté une limitation dans tous les plans de la mobilité du rachis et des blocages articulaires. Au vu de la durée des symptômes et du manque d'évolution malgré les thérapies entreprises, le pronostic a été qualifié de mauvais. Le 2 juillet 2008, le psychothérapeute K. _____, indiquant un suivi hebdomadaire depuis septembre 2006, a retenu sur le plan psychique un état dysthymique présent dans la journée, accentué par une fatigue croissante. Il a relevé que l'assuré avait bénéficié d'hypnothérapie, que les douleurs n'avaient pas d'allure psychogène et que ce dernier ressentait des soulagements seulement momentanés. L'assuré avait acquis un contrôle, cependant limité, sur sa douleur. Dans un rapport du 4 juillet 2008, le Dr A. _____ a retenu que son patient présentait un problème de tensions musculaires diffuses récidivantes et un aspect de syndrome douloureux chronique. Il a signalé

- 11 - le développement de cervicalgies intenses, de douleurs de l'épaule droite et du dos. Au status, il a retenu un patient en bon état général avec des douleurs migrantes, cervicales et tout le long de la colonne vertébrale, exacerbées par l'activité avec fréquentes contractures. Dans un formulaire d'accords bilatéraux rempli le 10 juillet 2008, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques invalidantes, status après ensevelissement dans une tranchée le 7 mars 2006 avec traumatisme de l'épaule et de la cheville droite, des cervicalgies et des dorsolombalgies, l'assuré étant inapte au travail depuis le 7 mars 2006. Il a notamment retenu qu'une IRM de la colonne dorsale/lombaire/cervicale 2006 n'avait pas démontré d'étiologie, que plusieurs essais de reprise du travail avec un horaire souple et une activité très légère avaient été infructueux et que la capacité de travail, dans une activité de surveillance sans charge, pouvait être au début de 10% à 20%. Dans des feuilles d'accident LAA, le Dr A._____ a attesté des périodes d'incapacité de travail à 100% du 7 mars 2006 au 18 juillet 2006, du 29 août 2006 au 24 septembre 2007, et du 19 décembre 2007 au 31 mars 2008. Dans un certificat médical du 12 juillet 2008, il a fait état d'une incapacité de travail. Dans un rapport du 15 juillet 2008, suite à un examen ce même jour, le Dr B._____ a posé le diagnostic de rachialgies avec contracture musculaire paravertébrale post traumatique. Il a relevé que le bilan neurologique ne révélait pas d'argument clinique en faveur d'une participation neurologique aux rachialgies, en particulier il n'y avait aucun argument en faveur d'une quelconque atteinte radiculaire ou médullaire. Il n'a pas pu fournir d'explications quant aux rachialgies persistantes, qui lui ont parues réelles chez un patient parfaitement crédible. Dans une expertise psychopathologique du 23 juillet 2008, N._____, psychothérapeute FSP et psychologue clinicien, a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de

- 12 - troubles anxieux, sans précision, avec fort tonus musculaire dans la partie supérieure du corps, et de trouble somatoforme, somatisation. Pour espérer sortir d'une situation portant clairement le signe psychopathologique d'une chronicisation allant en s'aggravant, il a recommandé un tri entre la symptomatologie psychiatrique d'un côté, la symptomatologie des douleurs et la dimension de revendication. Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a retenu, dans un avis médical du 18 novembre 2008 des Drs L._____, spécialiste FMH en chirurgie, et X._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, que l'assuré présentait un état douloureux chronique sans substrat organique et qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 1er décembre 2008, la Dresse R._____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs importantes (occipitales, de la nuque, de l'épaule droite, des coudes et des avant-bras, des genoux et des jambes ainsi que de la région pectorale et de la région dorso-lombaire à droite), qui s'étaient toutes manifestées après l'accident du 7 mars 2006. Malgré un traitement physiothérapeutique et chiropratique, l'assuré ne voyait pas son état s'améliorer, et le traitement médicamenteux antalgique ne suffisait pas à le soulager. Seule était possible une reprise du travail avec un horaire et des contraintes physiques très allégées et adaptés à sa situation. L'assuré a été soumis à une expertise au centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: le CEMed), effectuée par le Dr U._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport d'expertise du 3 mars 2009, ce médecin a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble douloureux somatoforme depuis 2006 et de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec un syndrome somatique depuis 2007. Il a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, sans diminution de rendement, et a relevé notamment ce qui

suit dans son appréciation du cas:

- 13 - "Situation actuelle Les plaintes somatiques sont au premier plan sous la forme de douleurs physiques multiples et variables à différents sites du corps (nuque, tête, dos et d'autres sites musculaires). Les investigations multiples n'ont jamais objectivé de base organique à ces plaintes depuis l'accident. Les traitements antalgiques n'ont pas permis d'amélioration des douleurs et l'assuré a multiplié les démarches diagnostiques. Il n'accepte actuellement pas l'origine psychogène des douleurs. Il se montre peu compliant à un traitement antidépresseur qu'il a arrêté dans le passé et qu'il ne prend pas actuellement, malgré l'indication de la Dre J. _____, spécialisée dans le traitement des douleurs. A l'observation, un comportement douloureux est présent, mais l'assuré est en mesure de rester assis durant tout le long de l'examen. Ceci évoque un diagnostic de trouble douloureux somatoforme si l'on tient compte de l'absence formelle de base organique aux douleurs. L'assuré présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne apparaissant probablement depuis 2007. Il se caractérise par une humeur modérément déprimée, une baisse modérée de l'énergie vitale, et une perte de l'intérêt, une anxiété perceptible sans signe neurovégétatifs, de légers troubles du sommeil (cauchemars avec réveils nocturnes, mauvaise qualité du sommeil), image de soi négative, perte de confiance en soi, sentiment de culpabilité, de dévalorisation, d'inutilité, baisse de la libido, de légers troubles de la concentration. Il est capable de sortir, se rendre à ses rendez-vous, faire certaines activités ménagères, de lire, aller sur Internet, maintenir son hygiène corporelle et vestimentaire, et la prise des repas. Le processus de pensée est marqué par un fonctionnement en circuit fermé dans un registre dépressif, mais le cours et la forme sont sans particularité. On ne relève actuellement aucune idéation morbide ou suicidaire. Un retrait social partiel est présent, mais partiel. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de troubles significatifs observés dans la sphère neuropsychologique. Il existe une discordance entre l'intensité sévère des plaintes de l'assuré et l'intensité modérée des signes dépressifs observés durant l'examen psychiatrique. Les plaintes de flash back et souvenirs de l'accident sont modérées. Les flashs back n'apparaissent que si un déclencheur extérieur existe (voir un accident relaté à la télévision). De plus, il n'y a pas de signes objectifs en faveur d'un état de stress post-traumatique. Nous ne pouvons pas retenir ce diagnostic actuellement. Les symptômes anxieux sont à intégrer dans le diagnostic de trouble dépressif. Enfin, il n'est actuellement pas traité pour son trouble dépressif et il n'est pas suivi sur le plan psychiatrique. Synthèse et conclusions

- 14 - M. G. _____ souffre d'un trouble somatoforme douloureux apparaissant après un accident qui n'a pas entraîné de lésion physique. Contrairement à l'avis de M. N. _____, le seul élément de l'accident n'est pas suffisant pour reconnaître une base organique aux plaintes somatiques de l'assuré. Les différentes investigations n'ont pas montré d'atteinte organique. Une comorbidité psychiatrique existe sous la forme d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est moyen avec un syndrome somatique. En 2006, le consilium psychiatrique n'a pas retenu d'épisode dépressif sévère. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent repose principalement sur les déclarations du médecin traitant et de l'expertise de M. N. _____, bien que celui-ci utilise des questionnaires d'autoévaluation de la dépression, sans faire un status psychiatrique pouvant attester d'éléments objectifs. Il est raisonnable de retenir ce diagnostic, mais on ne peut, par contre, pas reconnaître un degré sévère ni lors de l'expertise de M. N. _____ (car autoévaluation) ni actuellement car l'évaluation objective atteste d'un degré moyen. Il n'y a actuellement pas d'argument ni

symptomatique ni objectif pour un état de stress post-traumatique ce qui est en cohérence avec l'évaluation de 2006. L'évaluation de M. N. _____ repose sur un questionnaire d'autoévaluation. En conclusion, le trouble somatoforme ne survient pas dans un processus maladif ou d'affections chroniques durables, il n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas d'état psychique cristallisé, pas de perte de l'intégration sociale. De plus, l'assuré n'est ni suivi ni traité sur le plan psychiatrique. Le trouble somatoforme ne remplit donc pas les critères d'un trouble invalidant, la capacité de travail est entière, sans limitation". Dans un avis médical du SMR du 20 mars 2009, le Dr L. _____ a relevé, selon l'expertise du CEMed, que l'assuré ne présentait plus de pathologie psychiatrique incapacitante, l'état de stress post- traumatique n'étant plus présent et le trouble somatoforme douloureux n'étant pas invalidant. Dans un avis médical du SMR du 14 avril 2009, le Dr L. _____ a retenu en substance qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle somatique et que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis novembre 2006, soit depuis la sortie de la CRR. Dans un projet de décision du 21 avril 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente et à des mesures professionnelles. L'OAI a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail à 100% du 7 mars au 29 novembre 2006, soit dès la date de

- 15 - sortie de la CRR. Dès le 30 novembre 2006, sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle et dans toute autre activité. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être. Le 13 mai 2009, l'assuré a fait part de ses objections, se prévalant de la gravité de son état de santé et réclamant l'octroi d'une réorientation professionnelle. Dans un avis médical du 17 juin 2009, les Drs L. _____ et X. _____ ont relevé que les arguments de l'assuré ne permettaient pas de modifier leur position. S'écartant des avis du Dr W. _____ et du psychologue N. _____, ils sont fondés sur l'expertise du CEMed, permettant de nier l'existence d'une incapacité de travail. Par décision du 1er septembre 2009, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente et à des mesures professionnelles, en se référant aux mêmes motifs que ceux ressortant de son projet de décision. Dans un courrier du 1er septembre 2009, l'OAI a expliqué que l'expertise psychiatrique du CEMed remplissait les critères en matière de valeur probante, que les avis médicaux contraires devaient être écartés et que, sur le plan somatique, la poursuite d'une incapacité de travail n'était plus justifiée selon les médecins de la CRR. D. Par acte de son mandataire du 6 octobre 2009, G. _____ a fait recours au Tribunal cantonal et conclu, avec suite de dépens, principalement à la réforme de la décision du 1er septembre 2009 de l'OAI et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 7 mars 2007, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'OAI s'était écarté sans motifs suffisants de la position de la CNA – qui avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2008 –, qu'une pleine capacité de travail ne pouvait être justifiée dès la fin du second séjour à la CRR, en novembre 2006, et que

- 16 - les avis médicaux rendus postérieurement n'avaient pas été pris en compte. Compte tenu de son devoir d'instruction, l'OAI avait dû davantage investiguer la situation médicale sur le plan somatique, ce d'autant plus que les médecins traitants avaient attesté des périodes d'incapacité de travail après novembre 2006. Sur le plan psychique, la décision attaquée devait être annulée pour défaut de motivation, dès lors que l'OAI ne faisait que renvoyer à l'avis du SMR et à l'expertise du Dr U. _____. En l'absence d'investigations complémentaires, dès lors que l'expertise précitée n'était pas probante, l'OAI ne pouvait

retenir une pleine capacité de travail. L'assuré s'est prévalu enfin de son droit à des mesures de réadaptation, respectivement de réinsertion. Dans sa réponse du 1er décembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à ses précédentes écritures. Le 11 janvier 2010, sans formuler d'observations complémentaires, le recourant a maintenu son recours. E. Parallèlement à la procédure d'assurance-invalidité, par décision du 17 septembre 2008, confirmée sur opposition le 16 février 2009, la CNA a mis un terme à la prise en charge des prestations d'assurance avec effet au 31 octobre 2008. Au plan somatique, elle a relevé qu'il ne subsistait plus de séquelles organiques de l'accident assuré, selon le Dr C. _____, et qu'il n'y avait aucune explication objective vraisemblable aux douleurs ressenties par l'assuré, de sorte que l'accident ne jouait plus de rôle dans ces douleurs. Elle a en outre retenu que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 7 mars 2006 et les troubles psychiques de l'assuré devait être niée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art.

- 17 - 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA; art. 95 LPA-VD), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. La cause doit être tranchée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans une composition ordinaire de trois juges (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Se prévalant, à tout le moins implicitement, de son droit d'être entendu, le recourant fait valoir que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée, dès lors que, sur le plan psychique, elle ne fait que renvoyer à l'avis du SMR et à l'expertise du Dr U. _____.

- 18 - b) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; 125 II 369 consid. 2c; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision

(ATF 112 Ia 107 consid. 2b; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les autres références citées). c) En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimé retient que l'assuré a présenté une incapacité de travail à 100% du 7 mars au 29 novembre 2006, soit dès la date de sortie de la CRR, et que dès le 30 novembre 2006 sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle et dans toute autre activité. Dans un courrier d'accompagnement du 1er septembre 2009, auquel l'OAI se réfère directement dans cette décision, il est expliqué, sur le plan psychique, que l'expertise psychiatrique du CEMed remplissait les critères en matière de valeur probante et que les avis médicaux contraires devaient être écartés. Dès lors, la décision attaquée est suffisamment motivée et permet en particulier de comprendre les raisons pour lesquelles, selon

- 19 - l'intimé, l'assuré n'a pas droit à une rente ni à des mesures professionnelles. Au demeurant, il n'appartient pas à l'intimé de traiter explicitement tous les arguments présentés par l'assuré, et il est suffisant de renvoyer à des pièces médicales. Assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a en outre pu saisir la portée de la motivation de la décision attaquée et faire valoir ses droits en toute connaissance de cause; pour s'en convaincre, il suffit de se référer aux motifs figurant à l'appui de son recours (en ce sens: TF 2P.102/2002 du 4 novembre 2002 consid. 2.4; arrêt CASSO AA 62/08 du 19 avril 2010 consid. 2c; arrêt CASSO AA 27/09 du 26 mai 2011 consid. 2b). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation, prestations que lui refuse l'intimé. 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50% à une demi- rente (art. 28 LAI). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un

- 20 - expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des

conséquences d'un état psychique malade, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

- 21 - En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). Selon l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel. c) 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et les références citées; 125 V 351

- 22 - consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). d) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, 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

- 23 - 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 traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF 137 V 64 consid. 4.1; TF 8C_103/2011 du 1er juin 2011 consid. 2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). Enfin, 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; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). 5. a) En premier lieu, le recourant fait valoir que l'OAI s'est écarté sans motifs suffisants de la position de la CNA, qui lui a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2008. Ce faisant, il réclame que l'appréciation de l'OAI de sa capacité de travail soit la même que celle de la CNA. L'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance- invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 353 consid. 2.3). De même, le Tribunal fédéral a considéré que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents (ATF 133 V 549; TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3; TF 9C_529/2010 du 24

janvier 2011 consid. 3.2).

- 24 - Dès lors, contrairement à ce que soutient le recourant, l'OAI n'était pas tenu de se fonder sur l'évaluation de l'invalidité de l'assureur- accidents. Forte de mesures d'instruction sur le plan médical, l'OAI disposait d'un dossier valablement constitué lui permettant de déterminer la capacité de travail – et donc ensuite le degré d'invalidité – de l'assuré (ainsi qu'on le verra plus loin), indépendamment de l'avis de la CNA à ce sujet. b) Sur le plan somatique, dans son rapport d'examen du 5 mars 2008, le Dr T._____ a retenu qu'il n'y avait pas de séquelles organiques, en particulier la mobilité du rachis, de l'épaule et de la cheville étaient pratiquement physiologiques. L'absence d'une mise en relation de la symptomatologie douloureuse avec un substrat organique est corroborée par les médecins de la CRR – qui ont noté une discordance entre les douleurs et les constatations objectives (rapport des 11 juillet et

E. 15

décembre 2006, les médecins de la CRR n'ont retenu, du point de vue purement biomédical, aucune justification à la poursuite à long terme d'une incapacité de travail, le pronostic d'une reprise réelle d'une activité professionnelle à court terme étant toutefois réservé au vu du conflit de l'assuré avec son employeur et de facteurs non médicaux. Ils ont ensuite fixé l'incapacité de travail à 0% dès le 8 décembre 2006 et ont proposé une reprise progressive du travail. On ne peut qu'en déduire, contrairement à ce que soutient le recourant, que l'assuré présentait du point de vue médical – qui est seul déterminant – une pleine capacité de travail exigible à la fin de son second séjour à la CRR. Cela correspond du reste à l'avis du SMR, qui a relevé que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis novembre 2006, soit depuis la fin du séjour à la CRR (avis médical du 14 avril 2009 du Dr L._____) et a ensuite maintenu cette appréciation (avis médical du 17 juin 2009 des Drs L._____ et X._____). Au demeurant, on ne voit pas comment une incapacité de travail serait justifiée sur le plan purement somatique en l'absence d'atteintes objectives permettant d'expliquer les douleurs ressenties. On s'écartera donc de l'avis du Dr Q._____ et de la Dresse J._____, qui ne se basent pas sur d'autres constatations médicales objectives que celles des médecins de la CRR, se fondent sur une argumentation limitée et dont les conclusions au sujet de la capacité de travail, en tant que médecins traitants, doivent être appréciées avec les réserves d'usage. Par ailleurs, le Dr W._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles. Les rapports des médecins de la CRR ont donc valeur probante prépondérante et emportent donc la conviction du tribunal. Dès lors, du point de vue somatique, l'assuré présente un état douloureux sans substrat organique et sa capacité de travail est entière. c) Sur le plan psychique, l'assuré a été soumis à une expertise par le Dr U._____, psychiatre au CEMed, qui a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble douloureux somatoforme

- 26 - depuis 2006 et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec un syndrome somatique depuis 2007, puis retenu une pleine capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, sans diminution de rendement. Il a retenu l'absence de base organique permettant d'expliquer les douleurs ressenties par l'assuré, n'a pas constaté de signes objectifs en faveur d'un état de stress post-traumatique et a relevé que les symptômes anxieux devaient être intégrés dans le diagnostic de trouble dépressif. Le trouble dépressif récurrent n'était pas de degré sévère actuellement, et il ne l'avait pas été non plus lors de l'expertise du psychothérapeute N._____. Les constatations médicales, en particulier

l'anamnèse, retenues par l'expert sont corroborées par celles mentionnées par le Dr Z. _____, psychiatre à la CRR, et par le Dr I. _____, psychiatre conseil de la CNA. Les explications de l'expert, des médecins du SMR (avis médical du 17 juin 2009 des Drs L. _____ et X. _____) et du Dr Z. _____ (rapport du 7 novembre 2006) sont convaincantes pour retenir que l'assuré a présenté un état de stress post-traumatique, qui s'est progressivement estompé et n'était plus présent lors du second séjour à la CRR, en novembre 2006. L'avis du psychothérapeute N. _____ ne saurait être déterminant, car il n'est pas psychiatre et ne se prononce pas au sujet de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. Au surplus, les explications de l'expert et du SMR (avis médical du 17 juin 2009, précité) permettent d'écarter l'appréciation de ce psychothérapeute. On s'écartera en outre de l'avis des médecins traitants de l'assuré, en particulier du Dr Q. _____, qui ne sont pas psychiatres et ne sont donc pas à même de se prononcer valablement sur l'état psychique de l'intéressé, ce d'autant plus que leurs avis doivent être appréciés avec les réserves d'usage. Dès lors, l'expertise du Dr U. _____ satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'assuré ne présente donc pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. d) Concernant la problématique relative au trouble somatoforme douloureux, selon le Dr U. _____, l'assuré présente un trouble dépressif récurrent, de degré actuel moyen, ce qui permet d'exclure un état dépressif majeur et par là même une comorbidité

- 27 - psychiatrique grave. Cet expert a ajouté que le trouble somatoforme ne survenait pas dans un processus maladif ou d'affections chroniques durables, qu'il n'y avait pas d'état psychique cristallisé ni de perte d'intégration sociale et que l'assuré n'était ni suivi ni traité sur le plan psychiatrique, de sorte que les critères d'un trouble invalidant n'étaient pas remplis, la capacité de travail étant donc entière. On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis de ce spécialiste. En outre, le Dr U. _____ a retenu que l'assuré était capable de sortir, de faire plusieurs activités et qu'il présentait un retrait social partiel, de sorte qu'on ne saurait parler de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. A cela s'ajoute que ce médecin a relevé une discordance entre l'intensité sévère des plaintes de l'assuré et l'intensité modérée des signes dépressifs observés durant l'examen psychiatrique, et que les médecins de la CRR ont noté que l'expression du vécu douloureux paraissait discordante avec les constatations objectives (rapports des 11 juillet et 15 décembre 2006). Il en résulte, à l'aune des critères en la matière posés par la jurisprudence, que le trouble somatoforme dont souffre l'assuré ne revêt pas de caractère invalidant. e) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

- 28 - 6. Il reste à effectuer la comparaison des revenus pour déterminer l'invalidité, afin de se prononcer sur le droit aux prestations litigieuses. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). b) En l'espèce, du point de vue médical, l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail résiduelle dans son ancienne activité d'ouvrier du bâtiment auprès de M. _____ SA, de sorte qu'il ne présente pas d'invalidité. Il n'a donc pas droit à une rente, le degré d'invalidité n'atteignant pas 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI), ni à des mesures de réadaptation, étant donné que la diminution de la capacité de gain n'atteint pas 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4), ni encore à des mesures de réinsertion, qui supposent l'octroi ultérieur de

- 29 - mesures d'ordre professionnel (art. 14a LAI). Par ailleurs, des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées, étant donné les efforts fournis par l'employeur pour proposer des activités légères à l'assuré et le fait que ce dernier se considère comme entièrement invalide. Le droit à une rente doit également être refusé si on se fonde sur les documents économiques figurant au dossier. En effet, dans le questionnaire pour l'employeur, M. _____ SA a indiqué un salaire mensuel de 4'842 fr., ce qui correspond à 62'946 fr. par année. Dans une activité simple et répétitive selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, l'assuré pouvait réaliser en 2006 un revenu médian de 4'732 fr. par mois, soit 56'784 fr. par année (TF 8C_938/2009 du 23 septembre 2010 consid. 5.2). La comparaison de ces revenus ne conduit pas à un degré d'invalidité de 40% au moins, même si on tenait compte par hypothèse d'un abattement maximal de 25% sur le revenu d'invalidité (ATF 127 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 8C_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3.1), soit la situation la plus favorable à l'assuré. En effet, le degré d'invalidité se monterait dans ce cas à 32.34%. Du reste, la condition subjective pour l'octroi de mesures de réadaptation ne serait, dans ce cas, pas remplie. c) Le recourant n'a donc pas droit à une rente ni à des mesures de réadaptation. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI. 7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGa, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

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