

VD_GERICHTE ZD10.015157 vom 27. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.015157

FR: VD_GERICHTE ZD10.015157 du 27 juin 2012

IT: VD_GERICHTE ZD10.015157 del 27 giugno 2012

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 183/10 - 226/2012 ZD10.015157 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 27 juin 2012 _____ Présidence de Mme RÖTHENBACHER Juges
: M. Neu et M. Monod, assesseur Greffier : Mme Parel ***** Cause pendante entre :
S. _____, à Moudon, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat auprès de la
Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé
_____ Art. 16 LPGA et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. Le 27 mai 2005, S. _____ (ci-après l'assuré), né en 1970, a requis de
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) l'allocation de
prestations de l'assurance-invalidité en invoquant une fracture du poignet gauche, une
fracture de l'humérus gauche et une lésion cubitale gauche ensuite d'une chute de 10 mètres
d'un échafaudage le 28 juillet 2004. L'assuré a séjourné au Centre hospitalier universitaire
K. _____ (ci-après : K. _____) du 12 au 26 juillet 2004. Les médecins ont alors posé
le diagnostic suivant : «Fracture peu déplacée du trochiter de l'humérus proximal gauche.
Fracture comminutive intra articulaire radius distal G. Fracture diaphysaire transverse
cubitus distal gauche.» L'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation
(ci-après : CRR) du 5 avril 2005 au 4 mai 2005. Le rapport rédigé ensuite de ce séjour, daté
du 30 mai 2005, pose les diagnostics suivants : «DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S) : o
Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) DIAGNOSTICS SECONDAIRES : Chute
d'une hauteur de 10m le 12.7.2004 : o Fracture du trochiter de l'humérus proximal G du
12.07.04 (T 92.1) o Fracture comminutive intra-articulaire du radius distal G traitée
chirurgicalement par ostéosynthèse et fixation externe du 12.07.04 (Z 98.8) o Fracture
diaphysaire transverse du cubitus distal & traitée par ostéosynthèse, AMO le 31.3.2005 (T
92.1) o Lésion partielle du nerf cubital au niveau du poignet G (G 56.2) o Gonalgie D (M
25.5) CO-MORBIDITÉS : o Etat de stress post-traumatique (F 43.1) o Cécité de l'oeil &
connue depuis l'adolescence (H 54.4.)» La partie «appréciation et discussion» de ce rapport
a la teneur suivante : «APPRECIATION ET DISCUSSION :

- 3 - A l'admission, le patient annonce des douleurs au niveau du MSG, notamment au
niveau du poignet G, une sensation de gêne au niveau de la main G à la face latérale interne
et à la face palmaire, ainsi que des douleurs au niveau de l'épaule G à la mobilisation. Il se
plaint également de cervicalgies, et de gonalgies à D, ainsi que de talalgies. Cliniquement,
on constate une diminution des amplitudes fonctionnelles au niveau du poignet G, avec une
diminution de la sensibilité dans le territoire du nerf cubital, et à l'inspection une
tuméfaction douloureuse à la palpation. Au status des MI, on note un raccourcissement
léger de la musculature postérieure, ischio- jambiers et triceps sural, avec des douleurs
alléguées à l'extension de cette musculature. On note également un battement en valgus et

légèrement plus prononcé à D. A l'examen clinique des pieds, on note une douleur à la palpation du calcaneum ddc. Les RX des genoux sur l'incidence axiale de la rotule D, on note un léger débord patellaire externe, sans image de bâillement fémoro-patellaire contro-latéral. On ne note pas de pincement articulaire fémoro-tibial, les rapports ostéo-articulaires sont conservés et la minéralisation osseuse est dans les limites de la norme. Le conseil psychiatrique met en exergue un diagnostic d'état de stress post-traumatique, avec une symptomatologie d'insomnie, de troubles mnésiques chez un patient aux nombreuses conduites d'évitement. Dès lors un traitement SSRI (Remeron) est introduit et un suivi psychothérapeutique est effectué durant le séjour. L'EMG pratiqué par le consultant neurologue démontre l'existence d'une légère neuropathie cubitale G de type essentiellement irritatif, avec probable présence d'un site lésionnel au niveau du coude, excluant une plexopathie brachiale. Suite à la consultation concernant les gonalgies, une atteinte structurelle du genou au niveau ligamentaire ou méniscal peut être écartée. Les plaintes et le status font suspecter un syndrome fémoro-rotulien. Le patient semble de plus présenter ces talalgies sur des troubles statiques qui peuvent être améliorées par le port d'orthèses plantaires. Durant le séjour, M. S._____ a bénéficié de séances de physiothérapie avec des mobilisations passives et des étirements musculaires. Subjectivement et objectivement, on ne note aucune amélioration. M. S._____ est pris en charge en ergothérapie pour un entraînement de la mobilité articulaire, un entraînement de la force et de la dextérité, avec notamment une intégration de la main G dans les activités quotidiennes et une diminution des douleurs du MSG. Les exercices de préhension, avec la main G, n'ont montré aucun résultat. Les moyens antalgiques utilisés ont été inefficaces. Objectivement, à la fin du traitement ergothérapeutique, on ne note aucune amélioration de l'intégration de la main G dans les activités de la vie quotidienne, pas de gain dans les amplitudes articulaires, et une persistance des douleurs. En conclusion, M. S._____ présente des douleurs au niveau du MSG, au niveau de la main, du poignet, du coude avec perte de sensibilité dans le territoire du nerf cubital et de l'épaule G. Il présente des gonalgies à D et des talalgies. D'un point de vue objectif, on peut conclure pour le MSG à une discrète neuropathie cubitale G de type irritatif avec un site lésionnel vraisemblablement au niveau du coude mais sans bloc de conduction, sans atteinte du canal de Guyon ni plexopathie. La

- 4 - composante neurogène des douleurs peut être considérée comme mineure et ne nécessite pas de mesure spécifique. D'un point de vue orthopédique, le patient a été vu par le Dr X._____ du K._____ pour un contrôle post AMO. Il n'y a pas de mesure particulière à prendre. Pour les gonalgies D, on conclut à un syndrome fémoro-patellaire. D'un point de vue psychiatrique, un état de stress post-traumatique a été retenu, avec un tableau relativement inconstant où prédominent parfois les éléments dépressifs, parfois la catastrophisation. Durant le séjour, l'évolution est lentement favorable, Nous proposons une poursuite ambulatoire du traitement de remeron. Il est conseillé au patient de poursuivre un suivi psychiatrique en ambulatoire, proposition à laquelle il n'adhère pas pour l'instant. L'état psychiatrique justifie une incapacité de travail à 50%. En conclusion, dans le contexte du catastrophisme présenté par le patient, les aptitudes fonctionnelles ne peuvent être déterminées qu'au vu des résultats objectifs des examens cliniques et radiologiques. Au vu de l'absence d'amélioration malgré les prises en charge physiothérapeutiques et ergothérapeutiques, nous proposons au patient un retour à domicile sans poursuite de physiothérapie en ambulatoire. Le patient devrait être annoncé à l'AI, afin de procéder à un reclassement professionnel, M. S._____ étant dans l'impossibilité de reprendre son

activité professionnelle de maçon.» On peut notamment lire ce qui suit dans le consilium psychiatrique du Dr G. _____ du 11 avril 2005 : «Cet homme a chuté au travail, dans des conditions où il dit que les mesures de sécurité étaient insuffisantes. On a retenu de multiples fractures du membre supérieur gauche et des contusions diverses. L'évolution est allée vers des douleurs résiduelles et des limitations fonctionnelles. Le patient n'a jamais repris le travail. Sur le plan psychiatrique, le sujet mentionne des réveils nocturnes avec sudation, le plus souvent en rapport avec des cauchemars. Il mentionne aussi l'anxiété face aux indices de l'accident. Il dit avoir maintenant le vertige, alors qu'avant il travaillait en hauteur sans problème. Enfin, il mentionne les problèmes de mémoire, de concentration et une irritabilité qui lui est reprochée par ses enfants. A l'examen, on est face à un homme vigile, orienté, qui ne présente pas de troubles intellectuel. L'humeur est nettement abaissée avec des idées de ruine et d'insuffisance, le patient disant avoir tout perdu. Il y a régulièrement des idéations suicidaires. Le sujet dit qu'on ne peut pas vivre comme cela. L'anxiété monte dès qu'on aborde l'accident. Il n'y a pas d'éléments psychotiques florides tels qu'un délire ou des hallucinations. Diagnostic Trouble état de stress post traumatique (F43.1) Discussion Ce jeune Portugais de 35 ans est hospitalisé dans le contexte de fractures multiples du membre supérieur gauche après une chute au travail de plus de 10 mètres en date du 12.07.2004. On sait qu'il n'a jamais repris son activité professionnelle.

- 5 - Sur le plan psychiatrique, on doit retenir un état de stress post traumatique. Les réveils nocturnes avec sudation sont assimilables à des intrusions. Il y a les conduites d'évitement (peur des indices de l'accident et vertiges en hauteur). Enfin, il y a l'hyperéveil avec l'irritabilité, l'insomnie et les troubles de la mémoire. Dans l'immédiat, je pense qu'un suivi psychothérapeutique à la Clinique est souhaitable. Un antidépresseur me semblerait utile. Au vu des troubles du sommeil, on pourrait commencer par du Remeron 15 mg le soir pour monter à 30 mg d'ici 4 à 5 jours. Il faut prendre garde à l'éventuelle émergence d'un syndrome sérotoninergique ou vu de la co-médication de Tramal.» Dans le consilium psychiatrique du 26 avril 2005, le Dr G. _____ a complété son précédent avis en précisant qu'il lui semblerait juste de retenir une incapacité de travail d'environ 50 % sur le seul plan psychiatrique et qu'il serait souhaitable que l'assuré soit suivi par un médecin psychiatre après la sortie. Dans un rapport du 23 juin 2005, la Dresse C. _____, médecin traitant du recourant, pose les diagnostics suivants : «Fracture intra-articulaire du radius distal gauche avec ostéosynthèse le 12 juillet 2004. Fracture diaphysaire transverse du cubitus distal gauche ostéosynthésée le 12 juillet 2004 avec AMO le 31 mars 2005. Lésion partielle du nerf cubital au niveau du poignet gauche dès le 12 juillet 2004. Gonalgies droites. Etat de stress post-traumatique Cécité de l'oeil gauche connue depuis l'enfance.» Ensuite, la Dresse C. _____ indique que l'incapacité de travail est totale dans l'activité de maçon. Selon elle, l'état de santé de l'assuré s'aggrave. L'évolution est extrêmement défavorable avec manifestations de plaintes douloureuses multiples concernant l'épaule gauche, le genou droit, le talon droit etc. La mobilité du poignet gauche est extrêmement limitée et douloureuse. Par ailleurs, l'assuré a développé un état dépressif réactionnel. Le médecin est d'avis qu'il est possible exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité mais ne précise pas quel serait le taux exigible. Le 21 septembre 2005, le Dr X. _____, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du K. _____, a établi

- 6 - un rapport posant les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail : «Fracture du trochiter de l'humérus proximal gauche. Fracture diaphysaire transverse du cubitus distal gauche traitée par ostéosynthèse le 12.07.04 et AMO le 31.03.05. Fracture

comminutive intra-articulaire du radius distal gauche traitée par ostéosynthèse le 23.07.04. Lésion partielle du nerf cubital au niveau du poignet gauche. Etat de stress post-traumatique existant depuis le 12.07.04.» Selon ce rapport médical, l'état de santé de l'assuré s'aggrave. Celui-ci ne suit plus aucune thérapie pour les lésions au niveau du membre supérieur gauche. En revanche il suit un traitement pour l'état de stress post-traumatique. Le pronostic est défavorable au vu de la limitation fonctionnelle subjective et objective au niveau du membre supérieur gauche mais surtout pour l'état de stress post-traumatique mis en évidence. L'activité exercée jusqu'à présent n'est plus exigible. En revanche on peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, soit une activité qui demande peu d'activités physiques. Il faut surtout éviter une surcharge du membre supérieur gauche. Le membre supérieur droit reste tout à fait fonctionnel et sans douleur. Au niveau de la marche, il faudrait éviter des déplacements supérieurs à 20 minutes et prévoir la possibilité d'une alternance fréquente entre station assise et position debout. Il faut aussi éviter le port de charges supérieures à environ 10 kg. Dans le contexte de l'état de stress post-traumatique, le Dr X. _____ est d'avis qu'une activité maximale d'environ quatre heures est exigible. S'il y avait une amélioration sur le plan psychologique, le temps d'emploi pourrait être augmenté progressivement. Le 10 janvier 2006, l'assuré a été examiné par le Dr J. _____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie et médecin conseil auprès de la SUVA, pour l'examen médical final. La partie "appréciation" du rapport faisant suite à cet examen est ainsi rédigée : «Maçon portugais, né en 1970, victime d'une chute d'environ 10 mètres au travail, le 12.07.2004 s'étant soldée par une fracture de l'humérus proximal gauche, une fracture de l'avant-bras gauche qui seront traitées chirurgicalement.

- 7 - L'évolution va s'avérer difficile et sera également marquée par des phénomènes de stress post traumatiques. Une lésion partielle du nerf cubital par ailleurs a été révélée dans le décours de l'accident. L'évolution s'est avérée difficile et s'est compliquée d'un état de stress post-traumatique pour lequel un traitement psychiatrique est toujours en cours. Sur le plan subjectif, la situation peut à présent être considérée comme stabilisée, les traitements orthopédiques ayant été donnés comme terminés. Sur le plan somatique, les séquelles de l'accident se présentent principalement sous forme de troubles douloureux de l'épaule et du poignet gauche, d'un syndrome irritatif avec dysesthésie et hypoesthésie résiduelle dans le territoire du nerf cubital à gauche. Sur le plan clinique, on notera une limitation douloureuse de l'épaule au-dessus de l'horizontale ainsi qu'une limitation de l'amplitude en rotation externe traduisant une capsulite rétractile. On note également des douleurs et une limitation marquée de l'amplitude articulaire du poignet gauche (côté non dominant). L'assuré se plaint également de douleurs cervicales apparues quelques mois après l'accident ainsi que de douleurs thoraciques et de douleurs de la jambe droite, apparues dans le décours de l'accident et évoluant de façon variable. La situation peut être considérée comme suffisamment stabilisée sur le plan somatique pour passer à la liquidation du cas et à l'appréciation de l'IPAI. Un traitement psychiatrique est toujours en cours au niveau du Centre psycho-social de [...] pour des troubles psychologiques pouvant à mon avis être encore mis en relation de causalité naturelle avec l'accident et pour lesquels la poursuite d'une prise en charge psychiatrique paraît indiquée. Une incapacité de travail de 50% a été reconnue sur le plan psychiatrique. Le retour à une capacité de travail en tant que maçon est exclue. Si l'on tient compte exclusivement des séquelles somatiques: cet assuré pourra mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas de sollicitations répétées ou importantes du membre supérieur gauche ni de sollicitations manuelles gauches autres qu'à hauteur d'établi. Nous ajouterons qu'en fin de consultation,

l'assuré nous indique qu'il doit encore revoir le Dr X. _____, au K. _____, en vue d'une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse restant au niveau du poignet. Nous ne sommes pas certains qu'une telle intervention soit susceptible d'améliorer de façon notable la situation, mais attendrons l'appréciation du Dr X. _____ à ce sujet. Nous laissons également ouverte la question de l'adéquation de troubles psychologiques actuels avec l'accident. Nous nous prononcerons formellement sur l'IPAI après l'AMO si cette dernière était effectivement pratiquée.» Le 20 mars 2006, les Drs W. _____ et L. _____, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de [...], ont rédigé un rapport, posant les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail :

- 8 - «Episode dépressif moyen avec syndrome somatique. Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche post traumatique. Gonalgie bilatérale sur syndrome fémoro- patellaire. Cécité de l'oeil gauche.» Les psychiatres ont posé comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un trouble somatoforme douloureux (céphalées et douleurs thoraciques principalement) ainsi qu'un strabisme divergent de l'oeil gauche. Selon eux, l'état de santé de l'assuré est stationnaire. L'incapacité de travail de l'assuré est totale sur le plan psychiatrique et, au vu de l'absence de progression de la symptomatologie tant psychiatrique que somatique durant les derniers mois, les psychiatres estiment que le pronostic de reprise d'une activité professionnelle est très réservé. Dans le cadre de la procédure devant la SUVA, une expertise a été effectuée par la Dresse V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a rendu son rapport le 27 juin 2006. L'experte a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La partie «appréciation du cas et pronostic» a la teneur suivante : «M. S. _____, 36 ans, d'origine portugaise, marié, père de deux fils âgés de 8 et 12 ans, est sans formation professionnelle. Dans son pays d'origine, il effectue une scolarité de six ans puis travaille dans la maçonnerie, respectivement dans le sud du Portugal, en Allemagne puis en Suisse. Dès 2002, il est engagé dans la même entreprise que ses deux autres frères. Le 12.07.2004, dans le cadre de son activité professionnelle, M. S. _____ chute d'un toit, d'une hauteur d'environ 10 m. S'ensuivent diverses fractures au niveau du bras gauche nécessitant une réduction et une ostéosynthèse. L'évolution est défavorable avec apparition d'une maladie de Südeck et recrudescence des douleurs. Un séjour à la Clinique de Réadaptation à Sion n'améliore guère la situation malgré une prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique intense. Dans ce contexte, M. S. _____ est vu par le Dr G. _____, psychiatre; ce dernier conclut à un état de stress post-traumatique et propose un suivi psychothérapeutique associé à un traitement d'antidépresseur (Mirtazapine). Selon le Dr G. _____, en fin de séjour, la situation psychique s'améliore et la poursuite d'un suivi psychiatrique ambulatoire associée au traitement antidépresseur est recommandée; dans un premier temps, M. S. _____ n'y donne pas suite puis dès juillet 2005, il est pris en charge à l'Unité

- 9 - psychiatrique d' [...] puis à celle de [...]. Le rapport du 04.10.2005, rédigé par la Dresse [...], décrit un status compatible avec un tableau dépressif et somatisation. Une capacité de travail de 50% est reconnue. Lors de mon entretien du 15.06.2006 pour la présente expertise, M. S. _____ relatait des cauchemars récurrents, environ une nuit sur deux. Cependant, aucune pensée intrusive, flash back, conduite d'évitement, attaque de panique ou phobie (mais évocation d'une peur du vide) ni état de qui-vive, n'était objectivé; par

conséquent, l'état de stress post-traumatique diagnostiqué en avril 2005 est actuellement en rémission. Cependant s'est développé un épisode dépressif réactionnel, actuellement léger selon la symptomatologie. Différents traitements antidépresseurs ont été introduits puis cessés en raison d'effets secondaires décrits par l'expertisé. Actuellement, M. S. _____ signale une amélioration de sa thymie malgré un taux sérique très abaissé de Trimipramine (Surmontil). Se sont également surajoutées à ce tableau dépressif des douleurs diffuses au niveau de diverses articulations mais non objectivables durant la présente expertise. La sociabilité est maintenue, M. S. _____ rencontre régulièrement ses frères, des amis et se rend dans son pays d'origine en voiture ou en bus. Les activités du quotidien sont effectuées sans difficulté majeure. Face à sa situation, M. S. _____ évoque essentiellement les répercussions financières; en effet, suite à l'accident, l'expertisé a dû faire venir en urgence son épouse et leurs deux fils en Suisse, du fait qu'il n'était pas indépendant à l'époque dans les activités de la vie quotidienne. Parallèlement, son salaire a été diminué, rendant la situation financière précaire. D'autre part, le projet de l'expertisé était de terminer sa maison au Portugal pour y vivre ultérieurement; ce projet reste actuellement en suspens, faute d'argent. Quant à la reprise d'une activité professionnelle, M. S. _____ n'évoque aucune possibilité d'emploi et n'est pas en mesure de se projeter dans une autre profession que celle de maçon. A ce jour, l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 12.07.2004. Ces éléments sont du ressort de la maladie, depuis au moins début 2006, et nécessitent la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse. A relever un taux sérique très bas d'antidépresseur évoquant une mauvaise compliance. Quant au traitement, la prise journalière d'antidépresseurs devrait permettre une amélioration de la symptomatologie, voire une rémission de l'épisode dépressif léger. Cependant, le pronostic quant à la reprise d'un emploi reste défavorable en raison du contexte social et des difficultés financières, mais ces éléments sortent du champ médical. Sur le plan psychique, la capacité de travail quelle que soit l'activité est d'au moins 70%. REPONSES AUX QUESTIONS 1. Plaintes actuelles? Confère point 2 de l'expertise. 2. Biographie et anamnèse sociale objectives ? Anamnèse personnelle, en particulier au regard du tableau psychique en cause ? Quand les troubles psychiques se sont-ils manifestés pour la première fois ? Comment ont-ils évolué jusqu'à ce jour? Confère anamnèse personnelle et sociale au point 1 de l'expertise.

- 10 - Les symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique sont évoqués pour la première fois dans le Consilium du 11 avril 2005, effectué par le Dr G. _____, Clinique de Réadaptation de Sion. Auparavant, les rapports somatiques, tant des confrères orthopédistes du K. _____ que du médecin conseil de la SUVA, n'évoquent pas une telle symptomatologie. Sous traitement psychothérapeutique et antidépresseur, les symptômes ont évolué favorablement et peuvent être considérés à ce jour en rémission. Hormis des cauchemars récurrents signalés par l'expertisé - une nuit sur deux - pas d'autres symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique présents actuellement. Cependant, s'est développé progressivement un épisode dépressif, actuellement léger, et des douleurs diffuses assimilables à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. 3. Constatations psychopathologiques? Confère status clinique au point 3 de l'expertise. 4. Diagnostic et diagnostic différentiel selon l'ICD 10 ou DSM IV? Pourquoi (motivation)? Diagnostic selon ICD 10 : - Episode dépressif léger sans syndrome somatique F32.00 - Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 Pour la motivation, se référer au point 3 (Status clinique) et au point 5 (Appréciation

du cas et pronostic) de l'expertise. 5. En cas de troubles psychiques 5.1. La personne assurée souffrait-elle déjà avant l'accident d'une affection psychique? Si oui, laquelle selon l'ICD 10? Avant l'accident, selon l'anamnèse, M. S. _____ ne présentait pas d'affection psychique. 5.2. Comment la personne assurée a-t-elle subjectivement vécu et assimilé l'accident? Lors de sa chute d'environ 10 m, M. S. _____ s'est vu confronté à la mort. Une fois à terre puis emmené en hélicoptère, il dit avoir banalisé la situation constatant que l'atteinte physique se limitait à son bras gauche. Par la suite, l'évolution somatique se déroulant défavorablement avec apparition d'une maladie de Südeck, M. S. _____ s'est montré de plus en plus pessimiste quant à son avenir, évoluant même vers une «vision catastrophique». C'est également dans ce contexte qu'il développe progressivement des symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Ces symptômes ont régressé puis cessé - à l'exception des cauchemars - sous traitement antidépresseur et suivi psychothérapeutique. 5.3. Quelle appréciation porte la personne assurée sur ses troubles psychiques? M. S. _____ impute son épisode dépressif à son atteinte physique et aux douleurs résiduelles. Il attribue également ses difficultés aux problèmes financiers apparus depuis l'accident de juillet 2004. 5.4. Quel rôle joue la structure de la personnalité? La personnalité est fruste, peu différenciée avec des capacités de mentalisation pauvres, sans que l'on ne puisse toutefois retenir un diagnostic de trouble grave de la personnalité selon l'ICD 10. 5.5. Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident? L'état de stress post-traumatique diagnostiqué en avril 2005 est une conséquence naturelle de l'accident. Cependant, cet état de stress

- 11 - post-traumatique est en rémission depuis environ début 2006, ceci étant l'évolution «normale» après un traumatisme. L'épisode dépressif léger et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne sont pas une causalité naturelle de l'accident et doivent être imputés à des facteurs étrangers, telles une personnalité pré morbide, des difficultés sociales et financières. 5.6. Comment expliquez-vous la survenance desdits troubles? Confère point 5.5 6. Thérapie: Au vu du dosage sérique bas, secondaire à une mauvaise compliance, un traitement antidépresseur journalier (Sertraline, Mirtazapine ou Miansérine) est nécessaire avec dosages sériques en fonction de la clinique. Poursuite de la prise en charge de soutien. 6.1. Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre d'un traitement psychiatrique une amélioration notable de l'état de santé de la personne assurée? L'épisode dépressif léger devrait répondre à une médication antidépressive et évoluer vers une rémission. Quant aux douleurs, au vu des facteurs étrangers décrits ci-dessus, il paraît peu vraisemblable qu'une médication ait de l'impact. 6.2. Si oui, lequel? Confère point 6.1 7. Capacités professionnelles: 7.1. Au regard des seuls troubles psychiques comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement, en qualité de maçon? Existe-t-il - cas échéant en sus d'une baisse de rendement - une limitation horaire? Sur le plan purement psychique, la capacité de travail en tant que maçon est d'au moins 70%, soit environ 6 heures par jour, sans baisse de rendement. 7.2. Au regard des seuls troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles? Avec quel horaire et rendement? Sur le plan psychique, d'autres activités simples, ne nécessitant pas de formation ou d'apprentissage particulier, sont exigibles à raison d'au moins 70% avec un rendement complet. 8. Pronostic: 8.1. Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique? L'épisode dépressif léger devrait s'amender totalement sous médication antidépressive. Quant aux douleurs liées par l'expertisé, il est à craindre que celles-ci se chronicisent au vu des facteurs sociaux et financiers décrits ci-dessus. 8.2. Si oui, dans quel délai ? L'épisode dépressif léger sans

syndrome somatique devrait s'amender dans un délai de six ou neuf mois pour autant que l'expertisé soit compliant à la médication et les doses d'antidépresseur ajustées en fonction de la clinique. 8.3. Ou peut-on affirmer que lesdits troubles subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant? L'épisode dépressif léger devrait être transitoire et ne pas persister la vie durant. Quant aux douleurs, majorées pour des raisons psychologiques, le pronostic paraît mauvais au vu des représentations de l'expertisé. En effet, ce dernier se considère comme «invalidé».

- 12 - 8.4. Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques? La personnalité fruste, peu différenciée, la scolarisation limitée et l'absence de formation peuvent expliquer les troubles psychiques, tels l'épisode dépressif léger et la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. 9. Quelle est l'importance des facteurs étrangers à l'occident dans le tableau psychique actuel? Actuellement, les facteurs étrangers à l'accident sont d'au moins 70 %.» Le 19 octobre 2006, le Dr M. _____, du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a établi un avis selon lequel la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité habituelle mais de 70 % dans une activité adaptée. Cet avis est fondé d'une part sur le rapport final de la SUVA et d'autre part sur l'expertise V. _____. Le 1er février 2007, le Dr J. _____ a procédé à un complément d'examen final pour l'évaluation de l'IPAI. Il en résulte que les plaintes de l'assuré restent multiples et que l'examen clinique est marqué par des hyper réactions. Les conclusions du bilan de janvier 2006 concernant l'exigibilité sur le plan somatique restent d'actualité à savoir qu'un retour à une capacité de travail en tant que maçon est exclu. Une pleine capacité ne pourrait être mise en valeur que dans une activité monomanuelle ou ne nécessitant pas de sollicitation manuelle gauche autre que dans une fonction «presse-papier» ou de contre-appui léger à hauteur d'établi. Dans un bref rapport du 8 février 2007, le Dr P. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de la SUVA, écrit qu'il a pris connaissance de l'expertise, que les conclusions de l'experte sont bien fondées et qu'il n'y a pas lieu de les contester. Dans un rapport médical complémentaire du 6 juillet 2007, le Dr J. _____ confirme que l'assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité monomanuelle ou alternativement dans une activité principalement monomanuelle et n'exigeant pas de sollicitation du côté gauche autre que celle d'une fonction presse-papiers de contre-appui à hauteur d'établi.

- 13 - L'assuré a consulté la docteure Q. _____, médecin associé auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du K. _____, qui, dans un rapport du 22 octobre 2007, a posé les diagnostics suivants : "• syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche post-traumatique : o status post-fracture du trochiter de l'humérus proximal gauche en juillet 2004. o Status post-fracture comminutive intra-articulaire du radius distal gauche en juillet 2004. o Status post-fracture diaphysaire transverse du cubitus gauche en juillet 2004. o Lésion partielle du nerf cubital au niveau du poignet gauche. • État de stress post-traumatique. • Cécité de l'oeil gauche connue depuis l'adolescence." L'assuré a suivi un stage à l'Oriph du 25 février 2006 au 20 mars 2008. Dans ce cadre-là, il a été examiné par le Dr D. _____, médecin consultant au COPAI d'Yverdon. Il résulte du rapport faisant suite à ce stage que, d'un point de vue purement physique, l'assuré serait en mesure d'effectuer des travaux légers pour mono-manuel du membre supérieur droit dominant avec un rendement de 70 %. Toutefois son comportement et son état psychique rendent utopique toute tentative de remise au travail. B. Dans un

questionnaire du 4 juillet 2005, l'employeur de l'assuré a indiqué que ce dernier avait travaillé du 3 mars 2003 au 12 juillet 2004. Il est précisé que le nombre d'heures de travail au sein de l'entreprise s'élève à 41, 75 heures, que l'horaire conventionnel moyen est de 2'177 heures, que l'assuré a perçu un gain annuel total de 58'583 fr. 70 en 2003 en ayant effectué 1'871 heures et demie de travail et qu'en 2005, sans atteinte à la santé, son salaire horaire aurait été de 29 fr. 241. Il résulte de l'attestation d'impôt à la source pour l'année 2003 que l'assuré a perçu, de mars à décembre 2003 un revenu annuel déterminant pour le taux fiscal de 64'411 fr. 70, 13ème salaire et gratification inclus. Au pied de l'attestation figure une note manuscrite selon laquelle le salaire annualisé est de 77'294 fr. 04.

- 14 - L'extrait du livre de paie de la société Z. _____ pour la période allant du 12 juillet 2003 au 11 juillet 2004 indique, pour chaque mois, le nombre d'heures effectuées par l'assuré, son salaire horaire, les indemnités perçues pour les jours fériés et les vacances, les montants versés au titre des allocations familiales, d'autres allocations et de 13ème salaire. Selon cet extrait, l'assuré a ainsi perçu, toutes indemnités et allocations comprises, un montant de 71'681 fr. 65. Au pied du document, il est spécifié que l'assuré a effectué 2'331 heures durant la période du 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004, ce qui comprend 154 heures supplémentaires rémunérées au salaire horaire de base de 26 fr., respectivement de 26 fr. 50 pour les heures supplémentaires effectuées en 2004, étant précisé que l'horaire conventionnel annuel moyen était de 2'177 heures en 2003 et 2004. Dans le rapport final et son annexe intitulée "détail du calcul du salaire exigible", datés des 21 et 22 avril 2008, l'OAI a indiqué qu'en 2005, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu un salaire de 78'184 fr. si on se réfère au rapport d'employeur du 4 juillet 2005. Le 14 juillet 2008, la SUVA a écrit à l'OAI concernant le salaire sans invalidité de l'assuré en ces termes : «Nous vous remercions de votre envoi du 4.07.08 qui nous communiquait le questionnaire rempli par l'entreprise Z. _____ le 4.7.05 et qui vous a conduit à calculer un salaire réalisable sans atteinte à la santé de Fr. 78'184.- Toutefois, nous vous rendons attentifs à l'erreur que ce calcul comporte. En effet, la personne qui l'a réalisé a retenu un salaire horaire de Fr. 29.241 (soit le salaire horaire de base 2005 de Fr. 27.- + le 13ème salaire, soit 8.3 %) et ce salaire de base a été multiplié par l'horaire mentionné au moment de l'accident, soit 47.5 h hebdomadaires, puis multiplié par le nombre de semaines sur l'année (52 semaines) auquel on a rajouté 1.083 % pour le 13ème. Or, d'une part, le salaire indiqué de Fr. 29.241 contient déjà la part de 13ème et, d'autre part, l'horaire sur l'année ne doit pas tenir compte de l'horaire hebdomadaire saisonnier mais bien du total des heures pour l'année, selon les directives du Syndicat A. _____ pour la maçonnerie et génie-civil en 2005. Cet horaire annuel était de 2177 heures. Le salaire réel de l'assuré en 2005 est donc de Fr. 27.- / h. x 2177 h. x 1.083 pour le 13ème salaire, soit un total de Fr. 63'658.- (arrondi).

- 15 - Vu la différence importante dans les deux chiffres cités, nous tenions à vous le signaler.» Dans une fiche de communication interne datée du 22 juillet 2008, il est indiqué que le dossier de l'assuré a été soumis au service des enquêtes, lequel a estimé que les arguments développés par la SUVA dans son courrier du 14 juillet 2008 étaient pertinents, que le questionnaire pour l'employeur du 4 juillet 2005 comportait manifestement des imprécisions et qu'il fallait par conséquent retenir comme salaire sans invalidité pour l'année le montant de 63'658 fr. indiqué par la SUVA. C. Dans un projet de décision du 10 décembre 2008, l'OAI a déterminé un taux d'invalidité de 45, 5 %, donnant droit à un quart de rente dès le 1er mai 2006, étant précisé que l'assuré avait droit à une rente entière du 12 juillet 2005 au 30 avril 2006. La date du 1er mai 2006 se réfère au délai de trois mois après

amélioration de l'état de santé, qui a été fixée au 10 janvier 2006, date de l'examen final effectué auprès de la SUVA. L'assuré a formé des objections. Il a produit un rapport médical établi par les médecins du secteur psychiatrique Nord du 23 décembre 2008 selon lequel son état psychique est superposable à celui décrit dans le rapport de mars 2006. Les psychiatres observent notamment une chronification et une cristallisation d'un état psychique de l'assuré qui présente toujours une incapacité de travail totale avec un pronostic très réservé compte tenu de l'absence d'évolution. D. Le 18 février 2009, la SUVA a rendu une décision dans laquelle elle a arrêté la diminution de la capacité de gain de l'assuré à 45 %, retenant une capacité de travail de 70 %. Le 20 mars 2009, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA. Dans un avis du 9 avril 2009, le Dr T. _____, du SMR, a constaté que le rapport du psychiatre traitant du 23 décembre 2008

- 16 - confirmait un état psychique superposable à celui de mars 2006 et la présence des mêmes symptômes. Il en concluait qu'il n'y avait aucune aggravation de l'état de santé psychique depuis trois ans et estimait que l'avis du psychiatre traitant selon lequel l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis l'accident était une appréciation différente d'une situation identique. Selon lui, cette appréciation était basée sur des diagnostics non retenus par l'expert psychiatre dont l'avis devait être préféré. Il observait enfin que les conclusions de l'expertise de 2006 étaient toujours d'actualité puisque les médecins traitants attestaient l'absence d'évolution depuis mars 2006. L'assuré a aussi produit un rapport du Dr R. _____, chef de clinique du Département locomoteur du K. _____. Selon ce rapport, daté du 1er mai 2009, les troubles présentés par l'assuré sont les suivants : «Status post fracture du trochiter de l'humérus proximal gauche traitée par ostéosynthèse. Status post fracture comminutive intra-articulaire du radius distal gauche traitée par ostéosynthèse et fixateur externe. Status post fracture diaphysaire transverse du cubitus distal gauche, ostéosynthésée. Syndrome de Südeck post-traumatique, épaule-main. Neuropathie ulnaire partielle gauche. Gonalgies bilatérales. Etat de stress post-traumatique.» Le Dr R. _____ conclut son rapport comme suit : «A la suite de l'accident de Monsieur S. _____, l'évolution est globalement progressivement défavorable, avec une quasi non utilisation du membre supérieur gauche et des douleurs diffuses au niveau de la colonne cervicale, des 2 membres inférieurs et du membre supérieur droit, dans un contexte de stress post- traumatique associé à un état dépressif. Sans juger de la situation sur le plan psychiatrique pour lequel je ne suis pas compétent, je pense que l'atteinte somatique actuelle entraîne une incapacité de travail totale, qui me paraît très peu probablement réversible. L'incapacité de travail débute depuis la date de l'accident.» Le 7 juillet 2009, le Dr P. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH auprès de la SUVA, a procédé à un examen psychiatrique de l'assuré. Il relève que les plaintes sont innombrables et que l'assuré dit que rien ne va mais qu'il est totalement impossible

- 17 - d'obtenir le moindre renseignement objectif. L'absence de collaboration de l'assuré est manifeste. La Dr P. _____ conclut comme suit son rapport : «Diagnostic Episode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) Trouble dissociatif moteur (exclusion fonctionnelle) (F44.4) Appréciation Cet assuré présente une amplification manifeste des troubles psychiques et des troubles somatiques dont il souffre. La relation interpersonnelle est manifestement altérée par un comportement volontairement distant et collant tout à la fois. Les troubles psychiques sont peu importants malgré les plaintes massives présentées

par l'assuré, mais ils ne sont jamais objectivables. Les menaces suicidaires sont présentées en disant qu'elles ne seront mises à exécution qu'après avoir fait payer ceux qui doivent encore payer le mal qui a été fait. L'assuré est un homme simple, peu scolarisé, dont les capacités d'adaptation sont limitées. Les troubles psychiques à proprement parler sont peu importants malgré l'ampleur démesurée des plaintes. La discordance entre les plaintes et les troubles constatables est manifeste. Il en est de même en ce qui concerne les limitations fonctionnelles qui sont beaucoup plus importantes que les atteintes séquellaires objectivables. L'assuré est parfaitement capable de gérer ses affaires. L'intervention du CMS de [...] se limite à un soutien par M. [...], assistant social. Il n'y a aucune aide à domicile pour les soins. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été posé par le Dr G. _____ en 2005. Mais ce dernier avait souligné le caractère inconstant du tableau clinique et avait, paradoxalement, reconnu une capacité de travail de 50%. Le fait de reconnaître l'inconstance du tableau clinique montrait que le diagnostic n'était pas fermement établi. L'expertise de Mme le Dr V. _____ concluait que l'état de stress post-traumatique était résolu et que ne persistaient que des troubles thymiques légers. L'examen de ce jour confirme les conclusions de l'expertise. Les troubles psychiques à eux seuls ne représentent pas un handicap propre à limiter la capacité de travail. En effet, ils sont peu importants dans leurs manifestations cliniques et ne sauraient en même représenter une limitation de la capacité de travail. Les troubles psychiques actuels présents ne sont plus en relation de causalité naturelle prépondérante avec l'accident du 12 juillet 2004. Ce sont des facteurs étrangers à l'accident proprement dit qui sont responsables des troubles psychiques persistants, en particulier une structure de personnalité à traits immatures et dépendants ainsi que caractériels. En conséquence les troubles psychiques n'ouvrent pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour troubles psychiques.»

- 18 - Par avis du 11 décembre 2009, le Dr P. _____ a confirmé son rapport médical du 7 juillet 2009 en ce sens que les plaintes de l'assuré sont massives mais que les éléments objectifs sont très pauvres. L'assuré assume parfaitement son autonomie. Les limitations d'un point de vue psychiatrique sont donc inexistantes. Les troubles psychiques ne représentent donc pas un handicap, que ce soit dans la vie quotidienne comme dans une activité professionnelle adaptée, et ne limitent donc pas la capacité de travail en eux-mêmes. E. Dans un avis du 16 décembre 2009, le Dr T. _____ du SMR remarque que le rapport du 1er mai 2009 du Dr R. _____ fait état d'éléments médicaux objectifs inchangés ou améliorés (mobilité complète de l'épaule gauche) depuis l'examen du 10 janvier 2006 par le Dr J. _____. Ainsi, selon le Dr T. _____, la situation objective est stabilisée depuis trois ans. Les diagnostics retenus par le Dr R. _____ sont les mêmes que ceux posés par le Dr J. _____ en 2006. Le Dr T. _____ constate que, sur la même base objective, l'appréciation de la capacité de travail diffère entre les deux praticiens. Il remarque que le Dr R. _____ fonde son estimation sur l'ensemble des éléments bio-psycho-sociaux y compris les douleurs et les limitations alléguées par l'assuré - ce qui détermine certainement un mauvais pronostic en termes de reprise de travail - alors que le Dr J. _____ base son appréciation sur les aspects médicaux objectifs et fixes des limitations fonctionnelles claires, moyennant le respect desquels il n'y a aucune raison médicale pour que l'assuré ne reprenne pas une activité adaptée. Il en conclut que, sur le plan assécurologique, c'est bien l'avis du Dr J. _____ qui est conforme au droit. Par courrier du 24 décembre 2009, l'OAI a informé l'assuré par l'intermédiaire de son représentant que le revenu sans invalidité s'élevait à 63'658 francs, en expliquant pourquoi il s'écartait de son premier calcul. En ce qui concerne la capacité de travail, il a précisé les

raisons pour lesquelles il se fondait sur l'exigibilité telle que retenue par la SUVA.

- 19 - Par décision du 8 avril 2010, l'OAI a confirmé le projet de décision du 10 décembre 2008. F. Par acte du 10 mai 2010, l'assuré a recouru contre la décision du 8 avril précédent en concluant à l'annulation et au renvoi, avec instruction de retenir un revenu sans invalidité de l'ordre de 75'000 francs. Il a requis la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. Par réponse du 27 juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant aux explications de la SUVA concernant le calcul du revenu sans invalidité. Le 8 avril 2011, la SUVA a écrit à l'assuré que, s'agissant des répercussions des séquelles organiques de l'accident, elle ne s'écarterait pas de l'avis du Dr J. _____. En ce qui concerne plus spécifiquement les troubles des membres inférieurs, la SUVA a rappelé qu'il avait été conclu à l'existence d'un syndrome fémoro-patellaire et considéré que le rapport du Dr R. _____ du 1er mai 2009 ne révélait pas que l'assuré ne disposait plus objectivement de quelque capacité de travail que ce soit dans toute activité en particulier précisément dans une activité professionnelle adaptée à son handicap. Sur le plan psychiatrique, la SUVA s'est référée à l'expertise de la Dresse V. _____, dont les conclusions ont été confirmées par le Dr P. _____, qui évoquent une névrose de compensation sur le plan psychique. En ce qui concerne le niveau de la rente, la SUVA a indiqué ramener celui-ci à 21 %. Elle donnait dès lors, en application de l'article 12 OPGA, un délai à l'assuré pour retirer son opposition. Par courrier du 31 mai 2011, l'assuré a déclaré retirer l'opposition qu'il avait formée le 20 mars 2009 contre la décision de la SUVA.

- 20 - 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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 2008 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 cantonale vaudoise 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). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, même en ne tenant pas compte des fêtes de l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. 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

- 21 - 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

- 22 - L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois 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; il convient dès lors 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; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur

(TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Par ailleurs, selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité est en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à

- 23 - l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210, consid. 1.2.1 in fine, avec les références ; 135 V 465, consid. 4.4). 3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité. Celui-ci soulève deux moyens : l'un concerne son état de santé, notamment sous l'angle psychiatrique, l'autre vise la détermination du revenu sans invalidité. Le recourant ne conteste par la capacité de travail retenue sur le plan somatique. Au demeurant, l'eût-il fait, qu'il aurait eu tort. En effet, tous les médecins, à l'exception du Dr R. _____, reconnaissent à l'assuré une capacité de travail dans une activité adaptée. Or, comme le relève le Dr T. _____ dans son avis SMR du 16 décembre 2009, l'appréciation du Dr R. _____ doit être considérée comme une appréciation différente de mêmes éléments, laquelle paraît plus reposer sur des aspects subjectifs qu'objectifs. 4. a) Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur l'expertise V. _____ pour admettre une capacité de travail de 70 % au recourant, alors que les psychiatres traitants de ce dernier nient toute capacité de travail en raison des problèmes psychiatriques présentés par leur patient. Dans ses rapports des 11 avril et 9 mai 2005, le Dr G. _____ fixe la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique à 50 %, en retenant comme diagnostic un "trouble état de stress post-traumatique (F43.1)". Ce diagnostic est repris par la Dresse C. _____ (médecin traitant) le 23 juin 2005, puis par le Dr X. _____ (chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et de traumatologie du K. _____) le 21 septembre 2005. Dans leur rapport du 20 mars 2006, les Drs W. _____ et L. _____, psychiatres traitants, posent les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de modification durable de la

- 24 - personnalité après une expérience de catastrophe. Selon eux l'incapacité de travail du recourant est totale sur le plan psychiatrique. Dans ce contexte, la SUVA a ordonné une expertise psychiatrique et mandaté pour ce faire la Dresse V. _____. Dans son rapport du 27 juin 2006, l'experte a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Elle a écarté le diagnostic d'état de stress post-traumatique, constatant qu'aucune pensée inclusive flash-back, ni conduites d'évitement, ni attaques de panique ni phobie n'étaient objectivées. De son point de vue, l'état dépressif était léger. Elle a également relevé une mauvaise compliance et évoqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Cette expertise a été examinée par le Dr P. _____ (psychiatre conseil de la SUVA), qui en a admis le bien-fondé. L'expertise de la Dresse V. _____ correspond aux requis posés par la jurisprudence fédérale sur la valeur probante des rapports médicaux. Certes, l'experte n'a pas eu de contact avec le médecin traitant mais elle a passé en revue l'histoire médicale de l'assuré, a procédé à une anamnèse complète de celui-ci, a mentionné les plaintes exprimées par le recourant. Ses conclusions sont complètes, bien motivées et convaincantes. Après avoir pris connaissance du projet de décision de l'OAI du 10 décembre 2008, le recourant a produit à l'appui de ses objections un nouveau rapport de ses psychiatres du 23 décembre 2008, dans lequel ils constatent notamment que la situation est identique à celle qui prévalait en mars 2006, soit avant l'expertise. Le 7 juillet 2009, le

psychiatre conseil de la SUVA, le Dr P. _____, a procédé lui-même à un examen de l'assuré. Dans son rapport médical, il pose les mêmes diagnostics que la Dresse V. _____ et relève que son examen confirme les conclusions de l'expertise. Ultérieurement, le 11 décembre 2009, le Dr P. _____ a confirmé la teneur de son précédent rapport médical, en ce sens que, si les plaintes de l'assuré étaient massives, les éléments objectifs étaient pour leur part très pauvres, de sorte que, d'un point de vue psychiatrique, les limitations à la

- 25 - capacité de travail étaient inexistantes. A l'instar des conclusions de l'experte, les arguments développés par le Dr P. _____ sont bien motivés et par conséquent convaincants. Ils doivent être préférés à l'appréciation des psychiatres traitants, qui n'est pas étayée par des éléments objectifs mais se fonde principalement sur les plaintes du recourant. Enfin, il convient de relever que, comme l'avait remarqué l'experte, des facteurs psychosociaux sont certainement présents dans cette affaire mais ne sont pas déterminants. En définitive, il y a lieu de suivre l'intimé lorsque celui-ci exclut une incapacité de travail en raison de troubles psychiatriques invalidants et arrête la capacité de travail du recourant à 70 % en raison de troubles somatiques. 5. Le recourant conteste aussi le revenu sans invalidité retenu par l'OAI. Il prétend que, pour déterminer le revenu sans invalidité, il y a lieu de prendre la période la plus longue possible, conformément à la CIIAI, soit en l'espèce en faisant la moyenne entre les revenus annuels de 2003 et 2004. En ce qui concerne le revenu annuel pour l'année 2003, il fait valoir que c'est le montant indiqué sur l'attestation d'impôt à la source pour l'année 2003, soit 77'294 fr. 04 qu'il faut prendre en compte. En ce qui concerne le revenu de l'année 2004, il est d'avis qu'il faut retenir le montant de 68'873 fr. 40 indiqué sur l'attestation d'impôt à la source de 2004, en le pondérant pour tenir compte du fait qu'il ne représente, en ce qui concerne la période du 12 juillet au 31 décembre 2004, que l'indemnisation à 80 % versée par la SUVA. a) Comme on l'a vu au considérant 2a supra, pour évaluer le taux d'invalidité, 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). Pour la comparaison des revenus, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGa, le revenu présumable sur lequel des cotisations AVS seraient perçues (art. 25 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur

- 26 - l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Cette disposition n'exige toutefois pas une équivalence absolue entre les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité et ceux qui sont soumis aux cotisations AVS mais bien plutôt une mise en parallèle des revenus hypothétiques servant à la comparaison et de ceux sur lesquels des cotisations AVS doivent être payées. Cela signifie que pour l'évaluation de l'invalidité, seuls entrent en principe en ligne de compte les revenus tirés de l'exercice d'une activité lucrative pour lequel l'assuré devrait s'acquitter de cotisations à l'AVS. Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires aux salaires qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Il en va de même des allocations familiales et des remboursements de frais qui ne sont pas compris dans la notion de revenu d'une activité lucrative au sens de l'AVS (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 548, nn. 2065 et 2066). On entend par revenu hypothétique sans invalidité le revenu que la personne assurée réaliserait avec une vraisemblance prépondérante, eu égard à l'ensemble des circonstances, si elle n'était pas devenue invalide (RCC 1973 p. 198, 1964 p. 388, 1961 p. 338; TF I 1034/06, ATF 131 V 51, 129 V 224,

cons. 4.3.1, 9C_404/2007, V5 2002, p. 161 cons. 3b). En règle générale, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base du dernier salaire effectivement perçu sans prendre en considération ce que la personne assurée aurait pu gagner dans la meilleure des hypothèses. Les heures supplémentaires régulièrement accomplies comptent aussi dans le revenu sans invalidité (CIIAI, état au 1er janvier 2012, ch. 3021 à 3023 et la jurisprudence citée). b) En l'espèce, on dispose du questionnaire pour l'employeur du 4 juillet 2005, d'un extrait du livre de paie pour la période du 12 juillet 2003 au 11 juillet 2004 et d'une attestation d'impôt à la source pour l'année 2003. Sur celle-ci, on peut lire que, de mars à décembre 2003, le recourant a perçu un revenu annuel déterminant pour le taux de 64'411 fr. 70, 13ème salaire et gratification inclus. Au pied de cette attestation figure une remarque manuscrite selon laquelle le salaire annualisé est de 77 fr.

- 27 - 294.04. Ce montant s'obtient en divisant 64'411 fr. 70 par 10 et en multipliant le résultat par 12. Dans le questionnaire pour l'employeur, on voit toutefois que, pour les dix derniers mois de l'année 2003, le recourant a perçu un montant total de 58'583 fr. 70. Les montants figurant dans ce questionnaire correspondent à ceux reportés dans l'extrait du livre de paie. Ce dernier est détaillé en ce sens qu'il indique pour chaque mois le nombre d'heures effectuées, le salaire horaire, les indemnités versées pour jours fériés et pour les vacances, les allocations familiales et autres allocations ainsi que la part du 13ème salaire. A son pied figure le nombre total d'heures effectuées par le recourant entre le 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004. On peut alors constater que, durant cette période, le recourant a effectué un total de 154 heures supplémentaires rémunérées au taux de base 26 fr. pour l'année 2003, respectivement de 26 fr. 50 pour l'année 2004. Il est aussi mentionné, comme sur le questionnaire de l'employeur, que l'horaire conventionnel moyen en 2003 et en 2004 est de 2'177 heures par an. Dans deux documents intitulés rapport final et son annexe "détail du calcul du salaire exigible" datés des 21 et 22 avril 2008, l'OAI a indiqué qu'en 2005, sans atteinte à la santé, le recourant aurait gagné 78'184 fr. selon le questionnaire de l'employeur du 4 juillet 2005. Dans ce dernier, il est indiqué que le nombre d'heures par semaine s'élevait à 41.75 heures en 2003, mais que le total annuel moyen conventionnel était de 2'177 heures et que le salaire horaire du recourant s'élevait à 29 fr. 241. Le 14 juillet 2008, la Suva a informé l'OAI que le calcul du salaire sans invalidité effectué dans le rapport final comportait une erreur, en ce sens que d'une part le 13ème salaire avait été compté deux fois et d'autre part qu'il avait été tenu compte d'un nombre d'heures par semaine trop important alors que, selon la convention collective l'horaire annuel était de 2'177 heures. Ainsi, selon la SUVA, le salaire horaire de l'assuré en 2005 devait s'élever à 29 fr. 241 multiplié par 2'177 heures, ce qui, en chiffres ronds, donne un salaire annuel de 63'658 francs. Dans une fiche de communication interne du 22 juillet 2008, il est indiqué que c'est le montant de 63'658 fr. qu'il faut retenir comme revenu annuel sans

- 28 - invalidité pour 2005. Dès lors, l'OAI est arrivé à la conclusion que, compte tenu d'un préjudice de 29'249 fr., le degré d'invalidité s'élevait à 45.95 %. Contrairement à ce que soutient le recourant, pour déterminer le revenu sans invalidité, il n'est pas adéquat de se fonder sur l'attestation d'impôt à la source pour l'année 2003 en retenant le montant manuscrit qui y figure, à savoir 77'294 fr. 04. On ne sait en effet pas à quoi correspondent exactement les montants indiqués sur cette attestation, faute de mentions détaillées. En revanche, l'extrait du livre de paie constitue une pièce pertinente, car particulièrement détaillée. Au demeurant, il est intéressant de relever que le montant total figurant sur cet extrait, soit 71'681 fr. 65, correspond à celui qui a été retenu comme déterminant par la

SUVA (71'680 fr.) pour l'indemnisation, sans que le recourant ne l'ait discuté. Cela étant, cet extrait du livre de paie concerne les années 2003 et 2004. Or, l'année déterminante du début du droit la rente est l'année 2005. Pour cette année-là, on sait que le salaire horaire était de 29 fr. 241 (cf. questionnaire de l'employeur). L'horaire annuel conventionnel était toujours de 2'177 heures (courrier de la SUVA du 14 juillet 2008), alors qu'on sait qu'entre le 12 juillet 2003 et le 11 juillet 2004, le recourant a effectué 154 heures supplémentaires, ce qui représente près de 13 heures par mois ($154 : 12 = 12,833$). Comme on peut le lire sur l'extrait du livre de paie, ces heures supplémentaires sont certes principalement réparties sur les mois d'avril à septembre, mais de façon continue pour ces mois-là; elles sont en outre suffisamment nombreuses pour qu'on puisse considérer que l'employeur y a régulièrement recours durant la saison la plus chargée pour son activité, et que par conséquent, sans atteinte à la santé, le recourant en aurait régulièrement accompli en 2005. Cela étant, il y a lieu de considérer comme vraisemblable qu'en 2005, le recourant aurait effectué le même nombre d'heures supplémentaires qu'en 2003-2004, soit 154, et qu'il aurait ainsi travaillé 2'331 heures. Dès lors, compte tenu d'un salaire horaire de 29 fr. 241 en 2005, le salaire annuel de l'assuré à prendre en considération pour l'année 2005 – soit le revenu sans invalidité - est de 68'160 fr. 77, arrondi à 68'161 francs.

- 29 - c) Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'OAI devait encore comparer le revenu sans invalidité qu'il avait retenu avec celui que le recourant aurait pu percevoir s'il avait repris une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 70 % à partir du moment où les médecins somaticiens lui ont reconnu cette capacité de travail (janvier 2006). Comme le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis son accident en 2004, pour déterminer le revenu avec invalidité l'OAI s'est fondé, avec raison, sur les données résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 (ci-après : ESS). En 2004, pour les hommes effectuant des activités simples et répétitives (tableau A1, qui correspond à un niveau de qualification simple), le salaire était de 4'588 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise, pour une durée standardisée de 40 heures hebdomadaires. Tant dans le projet que dans la décision, l'OAI a tenu compte d'un horaire de travail de 41.6 heures, en se fondant sur le tableau B 9.2 tel que publié dans la Vie économique 2006. Certes, les tableaux publiés dans la Vie économique 2012 retiennent un chiffre de 41.7 heures -ce qui s'explique par une correction effectuée a posteriori – c'est toutefois le chiffre connu au moment où la décision a été prise qu'il faut prendre en compte, soit 41,6 heures de travail hebdomadaire. Considérant donc une durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures, le salaire annuel pour une activité simple et répétitive s'élève en définitive à 56'258 fr. 24, montant qu'il faut adapter pour tenir compte de l'indexation annuelle de 1 % pour les années 2004-2005, ce qui aboutit à un salaire annuel à un taux de 100 % de 57'830 fr. 82. La capacité de travail du recourant étant de 70 %, le revenu annuel avec invalidité auquel il aurait pu prétendre s'élève à 40'481 fr. 58. Pour tenir compte de l'âge, de la nationalité, du degré de formation et des limitations fonctionnelles du recourant, l'OAI a opéré un abattement de 15 % sur ce revenu, ce dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Au final, le revenu d'invalidité s'élève, en chiffres arrondis, à 34'409 fr. et la perte de gain à 33'752 fr. ($68'161 \text{ fr.} - 34'409 \text{ fr.} = 33'752 \text{ fr.}$). Le taux d'invalidité est ainsi de 49.52 %, qu'il y a lieu d'arrondir à 50 %, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 LAI).

- 30 - En définitive, le recours doit être admis partiellement et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière du 1er juillet 2005 au 30 avril 2006 puis, dès le 1er mai 2006, à une demi-rente. 6. Vu le sort du recours, le recourant peut

prétendre à des dépens (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2'000 francs. Les frais de procédures, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 23 avril 2012: AI 230/11 – 144/2012). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 10 mai 2010 par S._____ est admis. II. La décision rendue le 8 avril 2010 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que S._____ a droit à une rente entière du 1er juillet 2005 au 30 avril 2006 et, dès le 1er mai 2006, à une demi-rente. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'intimé doit verser au recourant la somme de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- 31 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Philippe Graf, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour le recourant), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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