

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2016

Composition : M. NEU, président
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Yvan Guichard, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7al. 1, 8, 16 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1999, sans formation, travaillait comme manoeuvre auprès de l'entreprise L._____ (déchèterie) depuis 2002. Le 17 septembre 2008, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail, une benne lui écrasant le pied gauche. L'assuré a subi l'amputation de quatre orteils. Les suites de cet évènement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 février 2009.

Il a séjourné à la Clinique P._____ (ci-après : la Clinique P._____) du 18 mars au 22 avril 2009. Dans un rapport consécutif du 18 mai 2009, ont été retenus les diagnostics d'amputation du 1^{er} au 4^e orteil du pied gauche ainsi que de débridement et fermeture secondaire par lambeaux pédiculés locaux, de neuropathie du nerf péronier gauche au décours, ainsi que le diagnostic psychiatrique de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). L'assuré gardait des limitations sur les longs déplacements, ou les déplacements en terrain accidenté, ainsi qu'au port de charges lourdes. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, ce dans un délai de deux mois maximum. Le retour à une activité professionnelle allait être rendu difficile par d'autres facteurs, tels que la comorbidité psychiatrique, un comportement inadapté et l'attente d'une rente. Durant son séjour à la Clinique P._____, l'assuré a été observé en ateliers, du 15 au 22 avril 2009. Dans le rapport final consécutif, il était en particulier observé que l'assuré avait modérément collaboré aux activités proposées. Cette observation donnait à penser, en raison des discordances et de la variabilité de l'implication, que c'étaient des facteurs non lésionnels, en particulier comportementaux, qui créaient un obstacle au retour à une activité professionnelle. Durant le consilium psychiatrique également mis

en place, qui a fait l'objet d'un rapport particulier du 23 avril 2009, il était notamment observé ce qui suit :

« L'évaluation psychiatrique actuelle met en évidence un trouble de l'adaptation caractérisé par une perturbation des émotions avec irritabilité au premier plan, agitation intérieure, cauchemars, désinvestissements social et relationnel. L'atteinte à son intégrité physique est vécue très péniblement par ce jeune homme, au moment où il investissait beaucoup d'espoir dans un meilleur avenir professionnel : les projets d'obtention du permis de chauffeur poids lourds, et d'un certificat de machiniste semblent actuellement compromis. [...]

Evolution durant le séjour :

Avec l'introduction du Remeron, le sommeil du patient est légèrement amélioré et les cauchemars ont disparu ; ce traitement devrait être poursuivi après la sortie durant 6 mois. Il rapporte une diminution des douleurs de la cicatrice. Le diagnostic de PTSD [posttraumatic stress disorder ; trouble de stress post-traumatique] est écarté lors d'une investigation détaillée.

La perte d'intégrité physique que représente l'amputation engendre une détresse importante chez un jeune homme disposant de ressources adaptatives limitées. Cette souffrance est à l'origine d'attentes et de demandes de réparation démesurées, qui s'expriment au travers d'un comportement maladapté, démonstratif, revendicateur. »

L'assuré a repris une activité dans l'entreprise L. _____ à 40 % le 22 juin 2009 (cf. courrier de l'employeur du 24 juin 2009). Cette reprise, qui devait concerner différents postes, a été interrompue le 2 juillet 2009 (cf. courrier de l'employeur du 15 juillet 2009). L'assuré a précisé dans un entretien avec la CNA qu'il avait dû interrompre son activité en raison de douleurs et de difficultés de concentration liées à la prise des médicaments (cf. procès-verbal d'entretien de la CNA du 4 septembre 2009).

Dans un rapport du 7 septembre 2009, le Dr C. _____, médecin traitant de l'assuré au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constatait une amélioration de l'état de son patient et préconisait une reprise de l'activité professionnelle progressive, à 30 % durant trois mois dans un premier temps.

L'assuré a repris une activité dans l'entreprise L. _____ le 23 novembre 2009, correspondant à un taux de présence de 25 %. L'employeur observait que durant le temps de présence de l'assuré, la capacité de travail était entière (cf. rapport d'entretien de la CNA du 8 décembre 2009). L'assuré a augmenté son taux de présence à 30 % au mois de décembre (cf. rapport d'entretien de la CNA du 5 janvier 2010). Il a par la suite refusé d'augmenter son taux d'activité en raison des douleurs (cf. rapport du Dr C. _____ du 30 décembre 2009).

Dans un rapport du 22 juillet 2010, le Dr B. _____ a observé, à l'occasion d'un examen clinique de l'assuré, que l'impression qui prévalait était celle d'un trouble fonctionnel que les séquelles objectivables de l'accident, au demeurant modérées, peinaient à expliquer. La reprise à 100 % de l'activité antérieure paraissait difficile, mais le patient conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, largement sédentaire et autorisant des positions alternées.

Dans un rapport du 25 août 2010, le Dr C. _____ a estimé que la capacité de travail de 30 % ne pouvait pas être modifiée dans l'emploi actuel.

Dans un rapport du 24 janvier 2011, le Dr W. _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, depuis le 1^{er} décembre 2009, une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrain inégal, pas de longue marche ni de longue station debout.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a retenu, sur la base des informations fournies par l'employeur de l'assuré, que sans invalidité, l'intéressé aurait réalisé en 2009 un revenu annuel de 60'203 francs. Concernant le revenu d'invalidité, l'OAI s'est fondé sur les informations ressortant du tableau 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), pour un

niveau de qualification 4. Tenant compte d'un abattement de 10 %, ce revenu se montait à 55'114.59 francs. Le préjudice économique était dès lors de 8.45 % (cf. fiche interne du 1^{er} février 2011).

Le 8 mars 2011, l'OAI a rendu un projet de décision retenant que l'assuré était entièrement incapable de travailler à l'échéance du délai légal d'attente d'un an, soit le 17 septembre 2009. Toutefois, il était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2009. Il avait ainsi droit à une rente entière à partir du 1^{er} septembre 2009, jusqu'au 28 février 2010, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. L'OAI a par ailleurs informé l'assuré de son droit à l'aide au placement. L'assuré s'est opposé à ce projet le 21 mars 2011, informant l'OAI qu'il avait dû cesser toute activité lucrative.

Par courrier du 18 juillet 2011, la CNA a informé l'assuré qu'au vu de la stabilisation de son état de santé, elle mettait fin à la prise en charge des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2011.

Le 23 septembre 2011, la CNA a rendu une décision d'octroi de rente d'invalidité, retenant une diminution de la capacité de gain de 13 %. Elle a par ailleurs octroyé à l'assuré une indemnité en raison d'une atteinte à l'intégrité de 12.50 %. Elle a confirmé cette décision par décision sur opposition du 10 octobre 2011.

L'OAI, estimant que l'assuré n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, a rendu, le 27 février 2012, une décision formelle d'octroi d'une rentière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2009 au 28 février 2010.

L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 mars 2012, concluant à l'allocation d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée, non seulement en raison de l'atteinte au pied gauche, mais également en raison de l'atteinte psychiatrique consécutive à l'accident,

dont l'assuré remarquait qu'elle n'avait pas du tout été prise en compte par l'OAI. Il a notamment produit, concernant cette problématique, un rapport de consultation du 8 novembre 2011 du Dr T._____, du CHUV, qui retenait les diagnostics d'état dépressif moyen à sévère (diagnostic différentiel : état de stress post-traumatique) et de traits de la personnalité de type borderline ou explosif.

Par décision du 28 août 2012, la Cour des assurances sociales a admis le recours, annulant la décision litigieuse et renvoyant la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical, en particulier sur le plan psychiatrique, au moyen d'une expertise indépendante.

B. Suite au renvoi de la cause, l'OAI a mandaté le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'une expertise psychiatrique. Cet expert a rendu son rapport le 19 août 2013, sur la base du dossier de l'assuré, d'un examen et de divers tests. On extrait de ce rapport ce qui suit :

«VII. Discussion :

[...]

Il existe dans le dossier concernant cet accident plusieurs variantes et contradictions.

Selon les recherches menées par la Suva Assurance, une inattention de la part de M. Z._____ (laissé son pied dans la trajectoire de la benne) serait à l'origine. Selon l'expertisé ce sont des raisons techniques et un dysfonctionnement des appareils. Encore lors de notre examen, M. Z._____ accusait son ex-employeur et ses ex-responsables, il était même assez excessif dans ses commentaires avec fantasme de les brûler.

Nous ne pouvons pas prendre position ici mais une tendance déjà clairement évoquée à plusieurs endroits dans le dossier se vérifie : il y a surtout mécontentement de l'assuré, revendications et demandes de réparation.

Jusqu'à aujourd'hui, la plainte douloureuse était au centre. Il y a ici des manifestations concernant son pied gauche proprement dit, mais aussi des douleurs au genou (que l'assuré estime par ailleurs lésé par l'accident), douleur de dos, de corps et de tête. Nous nous sommes trouvés dans une description si élargie que l'on pourrait penser à un syndrome douloureux somatoforme.

En même temps, comme déjà dans le passé et dans d'autres descriptions, il y avait un aspect démonstratif et accentué. L'assuré avait un comportement de malade prononcé, il utilisait deux cannes anglaises, laissait sa jambe gauche toujours en extension, faisait des petites expressions de douleurs de temps en

temps et tout son discours était circulaire autour des différentes manifestations douloureuses, les limitations fonctionnelles subjectives ainsi qu'une notion globale que sa santé est détruite. Par rapport aux descriptions antérieures, nous avons eu l'impression que la partie subjective s'était accentuée encore. Ceci par exemple à la Clinique P._____, l'assuré pouvait objectivement marcher 300m sans canne, il est maintenant habitué à celles-ci. Toute perspective professionnelle est balayée, l'assuré a déclaré être inapte non seulement pour tout travail lourd, mais aussi léger et même celui de bureau. Nous nous sommes donc trouvés dans une situation très bloquée au niveau de la mobilisation mentale pour une activité quelconque.

[...]

Selon lui [l'assuré], il aurait pu avoir un avenir prospère dans la société, perspective coupée radicalement avec l'accident arrivé en 2008. Sur le plan sentimental, il avait une relation avec une amie mais qui est coupée depuis 2012. L'assuré met ceci aussi sur le compte de ses problèmes de santé, notamment sa nervosité, mais dans les questions relationnelles, rien n'est sûr au niveau des causalités attribuées. Dans les faits, M. Z._____ habite maintenant chez sa mère et il est visiblement dans une régression sociale certaine.

Du côté de la psychologie qui accompagne la problématique de l'accident et de ses séquelles, il y a très tôt des traces d'un décalage. Déjà l'année après l'accident, le chirurgien s'étonne que M. Z._____ n'utilise pas son pied gauche pour la marche, comme théoriquement possible, selon la guérison des plaies.

Lors du séjour de l'assuré à la Clinique P._____, ce décalage est décrit également. Avec intégration dans un programme de physiothérapie régulier, des progrès sont cependant documentés. Il en est de même pour le simulateur de conduite où les résultats sont très rassurants mais l'assuré est dans l'évitement. Dans les ateliers professionnels, on décrit un comportement dolent et l'évitement du membre inférieur gauche. On résume ici déjà « ce sont des facteurs non lésionnels, en particuliers comportementaux, qui créent un obstacle au retour à une activité professionnelle. »

[...]

Pour la notion d'un trouble de stress post-traumatique, le psychiatre intervenant à [...] a déjà formellement exclu ce diagnostic. L'événement qu'a vécu M. Z._____ ne correspond pas aux critères CIM-10 qui postulent un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique, la reviviscence répétée de l'événement traumatique, le souvenir envahissant, cauchemars, émoussement émotionnel, détachement ou autres. Lors de notre examen l'assuré, à la description de l'événement, est resté émotionnellement neutre.

Quant à la notion d'un état dépressif, il n'y a jamais eu de description d'une telle symptomatologie dans le sens strict du terme, ni du côté du médecin traitant, ni des intervenants somatiques, ni lors du consilium à [...]. Dans le trouble de l'adaptation évoqué, il y avait une composante dépressive, mais qui était indirectement décrite améliorée avec médication de Remeron (antidépresseur à visée sédatrice). Lors de notre examen, M. Z._____ a défini personnellement ce terme de déprime en lien avec une réaction face à ses douleurs mais il n'y avait pas de plainte spontanée dans ce sens et tout était subordonné à l'importance, à la permanence et élargissement des douleurs.

En observation directe, nous avons décrit un homme dans une approche sympathique et souriante, assez vite à l'aise face à la situation avec l'expert et l'interprète, fluide et spontané dans son expression en langue maternelle, sans symptômes cognitifs observables et sans troubles formels de la pensée. Sur le plan affectif, il y avait une partie dysphorique avec expression d'insatisfaction, mécontentement de l'évolution des choses, mal-être et déception. Ces passages dysphoriques étaient étroitement liés aux explications qu'il a données par rapport à l'accident et ses conséquences pour sa vie. À part cela, il pouvait être souriant, il n'y avait pas de tristesse proprement dite ni accentuée mais bien une dominance de l'aspect euthymique.

L'expertisé nous disait prendre régulièrement et jusqu'à ce jour un antidépresseur dont il donnait encore des précisions. Il s'est avéré avec notre analyse sanguine qu'il est non observant. Contrairement à ses dires, il n'y avait aucune trace ni de la substance, ni de son métabolite.

Ces résultats, en dehors de l'aspect de tendances à la contrevérité, mettent en question des constats antérieurs et renvoient davantage aux problèmes de comportement.

Par la même occasion, nous avons effectué un dosage de l'antidouleur que l'assuré disait indispensable tous les jours et pour lequel il évoquait une prise de 3 à 4 g par jour. Nous n'avons ici trouvé que des traces infimes, là aussi en forte contradiction avec les allégations de l'assuré.

C'est donc bien des problèmes de comportement et d'attitude par rapport aux événements qui posent problème. L'assuré nous a décrit des comportements de nervosité, de tension et de dérapages. Il a parlé de téléphones portables cassés, vaisselle brisée et autres. A cette vision subjective et dramatique s'opposait en observation celle d'un homme plutôt adapté au cadre, certes avec une certaine nervosité et des défenses caractérielles, mais sans dérapage, ni excès. Nous ne pouvons de ce fait pas suivre le raisonnement que ces comportements seraient attribuables à un trouble de la personnalité. Par ailleurs, aucun des critères exigés pour retenir un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme n'est rempli. L'assuré n'a pas eu de perturbation majeure dans sa jeunesse, il a eu une structuration normale, aucune altération majeure des cognitions, de l'affectivité, de l'interaction avec les autres ou dans le contrôle des impulsions n'est relaté. Il nous paraît de ce fait non approprié de transformer des particularités comportementales en pathologie de personnalité.

En finalité, il s'agit d'un homme qui se montre plus que jamais bloqué devant la nécessité de s'adapter à des nouvelles circonstances de sa vie physique et sociale. Il est clair que l'accident a laissé des traces, qu'il a perdu quatre orteils et il y a ici certaines limitations. Avec les défenses caractérielles que nous avons constatées, il y a effectivement un blocage d'entrevoir d'autres activités, des alternatives professionnelles ou sociales. Même si on admet, comme déjà décrit, qu'il y a des faibles capacités d'adaptation, il est à notre avis tout à fait exigible de la part de l'expertisé de faire un tel pas. Dans ce contexte, il est encore à relever que le processus de deuil n'est pas achevé car une contestation est toujours en cours, à savoir trouver un espoir de satisfaction à son désir de réparation.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement :

Processus d'invalidation avancé (F68.0).

Nous avons constaté qu'il y a depuis longtemps une prédominance de la vision subjective en cours qui reste fixée sur le handicap physique des quatre orteils et difficulté de marche associée (objectivement mineure) et un syndrome de douleurs alléguées. Avec les recherches, il est devenu clair qu'il y a un décalage important entre cette allégation et la réalité des douleurs. Il en est de même pour le syndrome comportemental : bien que la vision subjective de l'assuré soit très arrêtée (« *ma vie est détruite* »), il n'y a objectivement aucune raison qui empêche la recherche et l'intégration dans un autre contexte professionnel et social.

Nous avons constaté des tendances dysphoriques, mais qui n'interviennent pas sur la capacité de travail.

En conséquence, il n'existe donc pour notre domaine aucun constat objectif d'une atteinte psychique, voire psychiatrique, et de ce fait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Toute activité qui sera déterminée possible et accessible d'un point de vue somatique, le sera aussi du côté psychique. »

Dans un avis médical du 9 septembre 2013, le SMR, sous la plume du Dr K. _____, a notamment observé que le diagnostic retenu par l'expert correspondait au diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques selon la CIM-10. Il s'agissait de situations dans lesquelles des symptômes physiques initialement dus à un trouble, une maladie ou une incapacité physique étaient amplifiés ou excessivement prolongés par rapport au trouble physique lui-même. Il existait des arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui expliquait les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux). Le SMR ne voyait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert.

L'OAI a rendu un projet de décision le 31 janvier 2014, dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité au-delà du 28 février 2010, retenant une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} décembre 2012, mais de 100 % dans une activité adaptée, soit ne comportant pas de marche en terrain inégal, ni de longues marches et stations debout ».

L'assuré a contesté ce projet le 13 juin 2014, niant la valeur probante du rapport du Dr Q._____. Il a en résumé considéré que ce dernier n'avait pas tenu compte du suivi psychiatrique par le Dr T._____, dont les conclusions étaient contraires à celle de l'expert. L'analyse de ce dernier était selon lui empreinte d'a priori et de préjugés, et contenait des contradictions.

Considérant, sur la base d'un avis du SMR du 24 juin 2014, que les éléments avancés par l'assuré n'attestaient aucun fait nouveau et constituaient une appréciation différente de la même situation, l'OAI a rendu une décision formelle identique à son projet le 26 juin 2014.

C. Z._____ a recouru contre la décision précitée le 1^{er} septembre 2014, par l'intermédiaire de son mandataire, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'annulation de ladite décision et à sa réforme en ce sens qu'il lui est octroyé une rente ordinaire d'invalidité à 100 % pour une durée indéterminée, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Le recourant a par ailleurs requis l'audition du Dr T._____. Il a pour l'essentiel réitéré les arguments soulevés dans son opposition.

Par réponse du 11 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le recourant a intégralement confirmé sa position par réplique du 4 décembre 2014.

Par duplique du 16 décembre 2014, l'intimé a déclaré n'avoir rien à ajouter à la décision litigieuse ainsi qu'à son écriture du 11 novembre 2014.

Le recourant a à nouveau confirmé sa position par écriture du 19 janvier 2015.

D. Vu les éléments au dossier, le juge instructeur a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et a mandaté pour ce faire le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les parties ont chacune adressé un questionnaire à l'expert. Ce dernier a rendu son rapport le 14 juillet 2015, sur la base de deux entretiens avec le recourant, les 20 mai et 10 juin 2015, de son dossier, mais également de l'expertise du 9 juillet 2015 demandée par le Dr V._____ au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que des pièces requises par ce dernier auprès du CHUV.

Le Dr G._____ a rendu son rapport sur la base d'un entretien avec le recourant, du status et des radiographies effectuées le même jour, du dossier médical de l'intimé, ainsi que des rapports requis auprès du CHUV. On extrait de cette expertise ce qui suit :

« Diagnostics :

- Status après amputation traumatique de l'avant-pied gauche au niveau IP O1, O2 et O3 et P2 O4 survenue le 17.09.2008.
- Status après débridement des 1^{er} au 4^e orteil du pied gauche, en date du 17.09.2008.
- Status après fermeture secondaire par lambeaux pédiculés locaux, le 25.09.2008.
- Status après complément d'amputation des rayons 1, 2 et 3, le 23.02.2012, compliqué par une surinfection traitée par antibiotiques, avec bon résultat, sans signe de récurrence jusqu'à maintenant.
- Mauvaise démarche par mauvais déroulement du pied et douleurs résiduelles probablement d'origine mixte (séquelles d'amputation, mais également psycho-sociale).

DISCUSSION :

En date du 17.09.2008, ce patient a été victime d'un grave accident au niveau de son pied gauche, puisqu'il s'est fait sectionner les orteils 1 à 4. Malgré une prise en charge rapide avec un traitement approprié, la situation n'a pas évolué favorablement sur le plan somatique. Le patient a longtemps affirmé garder des douleurs très importantes, avec difficultés à appuyer sur ce pied gauche et en conséquence à marcher.

Le problème est que ces constatations subjectives ont rarement été corroborées par des signes objectifs. Que ce soit les chirurgiens plasticiens, qui l'ont pris en

charge au début, le Dr C._____, chirurgien orthopédiste, qui s'en est occupé par la suite ou le Dr B._____, qui l'a examiné en tant que médecin d'arrondissement, tous ont trouvé un status objectif meilleur que les plaintes subjectives. Tous ces médecins n'ont constaté que peu de signes objectifs pouvant expliquer ces plaintes. Il en a été de même lorsque le Dr [...], de la consultation d'antalgie, l'a pris en charge.

Actuellement, localement la situation reste tout à fait satisfaisante.

Depuis son amputation complémentaire, le patient a retrouvé un moignon de bonne qualité, permettant un bon appui. La preuve est que même si M. Z._____ affirme le contraire, on constate objectivement la présence d'une hyperkératose sous la tête du 1^{er} et du 5^e métatarsien prouvant qu'il appuie antérieurement à la marche, pour dérouler le pas. Ceci est également corroboré par les images radiologiques, qui ne montrent pas d'ostéopénie de décharge. En conséquence la façon de se déplacer dans le cabinet n'est pas une démarche habituelle dans la vie courante.

Par contre que le patient soit quand même un petit peu handicapé est vraisemblable, compte tenu qu'il existe quand même une différence de 1cm entre les deux mollets, mais sans atrophie au niveau des cuisses.

Dans ces conditions, sur le plan somatique, on peut admettre que M. Z._____ est probablement handicapé dans toute activité se passant essentiellement en position debout et en charge. Il est certain qu'il aura de la peine à se déplacer sur des sols irréguliers. Il est acceptable que le port de charge pèse un peu la situation.

En conséquence, son ancienne activité de manoeuvre dans un centre de tri n'est probablement pas adaptée à ses handicaps résiduels.

Par contre, une reconversion comme machiniste pourrait être envisagée, voire même chauffeur de camion, compte tenu qu'à l'heure actuelle la pédale d'embrayage, si elle existe encore, ne demande pas un appui important et qu'à la Clinique P._____ lorsqu'ils l'ont testé à la conduite, la force était tout à fait préservée lors de l'utilisation des pédales.

En-dehors de ces activités, comme l'a toujours mentionné le Dr B._____ et également les médecins du SMR, il est certain que le patient est à même d'exercer toute activité en position semi-assise, sans port de charge supérieure à 10-15 kg de manière répétitive, sans déplacement sur des sols irréguliers et/ou montée et descente de pentes ou d'escaliers. Ceci implique que tous travaux à la chaîne, à l'établi ou autre, sont envisageables sans aucune restriction et sans diminution de rendement.

Sur le plan thérapeutique, compte tenu de l'état du moignon, de l'absence de trouble neurologique objectivable significatif et des zones d'hyperappui antérieures prouvant une bonne utilisation, il n'y a aucune autre opération complémentaire qui se justifie dans l'immédiat. Je ne pense pas non plus sur le plan conservateur que la physiothérapie, à raison d'une fois par semaine, soit

véritablement nécessaire. Par contre qu'une médication d'AINS et/ou d'antalgiques mineurs +/- associée à une médication neurologique peut se discuter.

Compte tenu que la qualité du moignon actuel, même à long terme, je ne pense pas que la situation devrait évoluer de manière significative, en tout cas pas de manière prévisible. C'est pourquoi si quelque chose de particulier devait survenir, une réévaluation devra avoir lieu le moment venu.»

Les pièces fournies par le CHUV au Dr G._____ consistent en deux rapports des 30 septembre et 31 octobre 2008 concernant les premiers traitements des suites de l'accident, une fiche de sortie du CHUV du 16 mars 2012, cinq rapports du Dr C._____ rédigés entre le 30 décembre 2009 et le 11 mai 2012, ainsi qu'un rapport du Dr T._____ du 6 juin 2014, dont on extrait ce qui suit :

« Diagnostics

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
- Trouble de la personnalité mixte
- Etat de stress post-traumatique

Discussion

Monsieur Z._____ est donc un patient de 30 ans suivi depuis le début 2011 au Centre d'Antalgie du CHUV, et qui bénéficie d'une prise en charge psychiatrique intégrée à raison d'une séance chaque 2-3 semaines (environs 60 séances au total). Il s'agit d'un patient qui montre un état dépressif dans le cadre d'un deuil inachevé suite à la perte traumatique d'une partie de son pied G [gauche]. Monsieur Z._____ est resté figé au moment où le traumatisme a eu lieu. Je constate une pétrification psychologique avec un discours qui est axé sur le handicap, la perte de confiance en lui et l'isolement relationnel. Ce discours est aussi l'expression d'un déni de la perte bien installé. Le patient demande à avoir des rendez-vous avec le chirurgien dans l'espoir qu'il puisse lui proposer quelques « solutions » pour son pied, tout en sachant qu'il refusera de lui donner son accord pour toute intervention chirurgicale, à cause de l'idée de perdre encore « un bout de son pied ».

Le traumatisme de Monsieur Z._____ s'inscrit dans le cadre d'une personnalité fragile caractérisée par des glissements défensifs plus archaïques, propre au registre psychotique (déni, persécution, etc.) et au registre d'état limite comme l'impulsivité et une certaine projection. La consommation d'alcool est à considérer dans le contexte d'un trouble du comportement au sein de son trouble de la personnalité mais aussi réactionnelle à sa condition existentielle : « Il ne me reste que ça. J'ai tout perdu. Personne ne trouve de solution. Personne ne reconnaît et paye pour ce que j'ai subi ». Il faut aussi mentionner la présence d'une attitude régressive suite au traumatisme subi.

Dans son récit, la place de la colère est aussi très importante, tout comme le sentiment d'injustice pour l'injure subie, une colère qui ne peut pas être symbolisée par le patient vu ses capacités d'élaboration très limitées.

Pour cette raison, j'ai décidé d'effectuer des tests projectifs et d'intelligence qui n'ont pas permis de nous donner des éléments ultérieurs d'évaluation de sa structure de personnalité à cause de la mauvaise maîtrise du français, du bas niveau socioculturel et éducationnel (Monsieur Z. _____ a fait 5 ans d'école au Kosovo) et surtout d'une mauvaise compréhension des exercices proposés qui est à mettre en lien avec le faible niveau socio-éducatif mais probablement aussi avec la structure psychique du patient. L'analyse de l'efficacité intellectuelle se heurte aux mêmes difficultés que celles citées précédemment. On peut néanmoins relever que, même aux épreuves les moins sensibles au biais socio-culturel et éducatif, le patient obtient des notes déficitaires.

Du point de vue pharmacologique, j'ai introduit en 2012 un traitement de Cymbalta qui a été stoppé à cause de l'absence de bénéfices cliniques. Une légère amélioration semblait être présente avec l'introduction de Venlafaxine 75 mg. La prise de médicaments est en tout cas conditionnée par une compliance réduite de la part du patient qui prend les médicaments de façon irrégulière et inadéquate à la prescription. Cette attitude peut s'inscrire à mon avis dans le contexte d'un trouble du comportement lié à sa personnalité et à sa structure psychique.

J'estime qu'à l'heure actuelle une reprise d'une activité professionnelle n'est pas envisageable. »

Au terme de son évaluation du cas, le Dr V. _____ a retenu notamment ce qui suit :

« 7. Evolution des atteintes à la santé

Du point de vue orthopédique, on peut considérer que l'état de santé de M. Z. _____ est stabilisé depuis le 23 mars 2012 au plus tard (date de sa sortie de l'hôpital après antibiothérapie à la suite de l'intervention de complément d'amputation).

Du point de vue psychiatrique, la situation est également vraisemblablement stabilisée depuis cette date. Il n'y a pas d'aggravation notable de l'état de santé psychique ni d'amélioration notable. Le traitement auprès du Dr T. _____ a débuté courant 2011 lorsque M. Z. _____ a été pris en charge par le Centre d'Antalgie du CHUV. Ce traitement, qui se poursuit actuellement, n'a pas permis à ce jour un amendement notable de la symptomatologie psychique qui persiste depuis au moins le séjour du patient à la Clinique P. _____ au printemps 2009.

8. Constatations psychopathologiques

Il [le recourant] s'exprime facilement. Il a de la peine à répondre de manière précise aux questions posées et donne toujours des renseignements assez vagues. Il se montre tonique tout au long des entretiens.

Il se plaint de ce que ça ne va pas, qu'il est toujours énervé, qu'il a des trucs plein la tête. Néanmoins au cours des différents entretiens il peut toujours rester assis. Il ne s'énerve pas de manière manifeste et ne manifeste pas d'irritabilité ni de douleurs particulières.

M. Z. _____ se plaint de mal dormir avec insomnie d'endormissement et de maintien. Il se plaint de rêves désagréables, de crier en cours de sommeil (environ deux fois par semaine), de somniloquie et d'un sommeil agité.

Il dit se sentir énervé au réveil. Il dit se sentir toujours fatigué. Il dit ne rien faire de ses journées. Il ne participe à aucune tâche ménagère. Il n'a aucune activité de loisir ni aucune activité sportive.

Il dit ne pas manger avec la famille. Néanmoins son poids est stable.

Il se plaint de sa sexualité. Il dit n'avoir pas d'envie et ne pas arriver à avoir une relation sexuelle. Il se plaint de ce qu'aucun de ses médecins ne s'y intéresse.

M. Z. _____ se plaint de se sentir enfermé, coincé. Il dit avoir présenté parfois des idées suicidaires mais jamais vraiment scénarisées. Il n'a envie de rien. Il n'est pas triste. Il n'est pas ralenti.

M. Z. _____ se plaint d'oublis. Néanmoins on ne constate pas au cours des entretiens de troubles de l'attention et de la concentration. On ne constate pas non plus de troubles de la mémoire. Il ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations ou idées délirantes ni négative tel qu'apragmatisme ou perplexité. [...]

Il dit que depuis l'accident, il n'a plus d'envie, plus de motivation. [...]

9. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation) ?

Trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23)

Il n'est pas aisé de poser un diagnostic dans le cas de M. Z. _____. En effet, ce dernier présente des plaintes massives que rien ne va, que c'est le chaos dans sa tête. Mais les éléments objectifs sont pauvres et on pourrait même douter de devoir poser un diagnostic psychiatrique à proprement parler.

J'ai choisi de poser un diagnostic de trouble de l'adaptation, tout en sachant parfaitement que selon les critères de la CIM-10 un tel diagnostic ne devrait pas être posé dans le cas présent. En effet un diagnostic de trouble de l'adaptation ne peut être posé s'il ne persiste pas au-delà de six mois. Or ce trouble est présent depuis plusieurs années. A mon sens aucun autre diagnostic ne correspond aux troubles et aux plaintes présentés par M. Z. _____.

Le trouble de l'adaptation est décrit comme un état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales et survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important. M. Z. _____ dit ne pas supporter son pied gauche avec l'amputation qui le marque de manière manifeste. Il dit être toujours énervé et tendu. Il rumine sans cesse cet accident et y pense à tout moment. L'ensemble de cette symptomatologie, qui est cristallisée depuis plusieurs années, correspond au diagnostic de trouble de l'adaptation.

Je ne pose pas de diagnostic d'épisode dépressif. M. Z. _____ présente certes des troubles du sommeil et de la fonction sexuelle. Mais l'appétit est préservé. M.

Z._____ ne présente pas de tristesse ni d'idées suicidaires. Il n'est pas ralenti ni dans son comportement psychomoteur ni dans ses idées. Il dit ne plus avoir de motivation ni d'envie mais il ne présente pas une anhédonie manifeste. Il se dit fatigué mais on ne constate pas de signes de fatigue manifestes. M. Z._____ se dit irritable et énervé mais il a parfaitement supporté les entretiens et n'a à aucun moment manifesté d'irritabilité. La symptomatologie que présente M. Z._____ est à la limite entre le trouble dépressif et le trouble de l'adaptation. Mais j'estime que des facteurs culturels et sociaux sont prépondérants dans la symptomatologie, raison pour laquelle je ne pose pas de diagnostic d'épisode dépressif.

J'exclus les diagnostics de trouble dépressif récurrent car la symptomatologie est stable sans modification notable depuis des années. Or pour poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent, il faut que le patient présente des périodes d'amélioration notable et des périodes d'aggravation du trouble dépressif. Ce n'est pas le cas en ce qui concerne M. Z._____. J'exclus également un diagnostic de trouble affectif bipolaire en raison de l'absence d'épisode franchement maniaque ou hypomane.

J'exclus un diagnostic d'état de stress post-traumatique. M. Z._____ a vécu un accident tragique mais n'a pas risqué sa vie et à aucun moment il a pu craindre pour sa vie. D'autre part, les reviviscences de l'accident du 17 septembre 2008 ne sont pas des flash-backs à proprement parler. M. Z._____ ne présente pas de comportement d'évitement. Il n'y a pas d'hypervigilance. Enfin le traitement du pied n'a pas été particulièrement long ni éprouvant. J'estime donc que les critères pour poser un diagnostic d'état de stress post-traumatique ne sont pas remplis.

M. Z._____ ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique. J'exclus donc les diagnostics de schizophrénie, de trouble schizotypique, de personnalité schizoïde, de trouble délirant et de trouble schizo-affectif en raison de l'absence de tout signe et de tout symptôme pouvant évoquer de telles pathologies.

J'exclus également tous les diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives tels que l'alcool, le cannabis ou d'autres produits toxiques ou illicites. En effet, M. Z._____ ne présente aucun signe évoquant un abus de substance et il dit ne consommer qu'épisodiquement de la bière. Il est crédible dans ses assertions. Le rapport du Dr T._____ du 6 juin 2014 a évoqué une augmentation de la consommation d'alcool mais n'a pas jugé adéquat de poser un diagnostic de dépendance à l'alcool.

M. Z._____ se plaint de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Ces troubles sont mineurs et j'exclus les diagnostics de trouble démentiel d'origine dégénérative tel que maladie d'Alzheimer. J'exclus également un diagnostic de trouble post-commotionnel car M. Z._____ n'a pas souffert lors de son accident d'un traumatisme crânio-cérébral. Il ne présente pas de symptomatologie évoquant un tel diagnostic.

J'exclus les diagnostics de troubles anxieux et phobiques en raison de l'absence d'une anxiété constamment présente. J'exclus les diagnostics de trouble obsessionnel-compulsif en raison de l'absence de tout signe évoquant un tel diagnostic. J'exclus également les diagnostics de trouble de conversion ou de trouble dissociatif. Certes M. Z._____ est démonstratif dans ses plaintes mais il ne manifeste pas de théâtralité à proprement parler ni de "*belle indifférence*".

J'exclus l'ensemble des diagnostics de troubles somatoformes. M. Z._____ se plaint de douleurs qui ont un substrat lésionnel clair. Il est vraisemblable qu'il amplifie inconsciemment le retentissement de ces douleurs.

Enfin j'exclus la présence d'un trouble de la personnalité. M. Z._____ ne présente pas de difficultés particulières dans les relations interpersonnelles. Il a montré une stabilité adéquate dans son activité professionnelle. Il n'y a donc aucun argument dans son anamnèse pour évoquer un trouble de la personnalité. Le rapport du Dr T._____ a posé un diagnostic de trouble mixte de la personnalité en raison des difficultés d'acculturation de M. Z._____, de son faible bagage scolaire et de sa maîtrise imparfaite de la langue française. Il s'agit de facteurs culturels qui expliquent les difficultés de M. Z._____ mais j'estime qu'ils ne peuvent justifier un diagnostic de trouble de la personnalité.

10. Appréciation et pronostic

Tous les médecins qui ont soigné et examiné M. Z._____ ont estimé que son état de santé était nettement meilleur que lui-même ne l'estimait.

Tous les traitements entrepris n'ont pas permis un amendement des plaintes de M. Z._____. Du point de vue orthopédique et chirurgical, les traitements sont terminés. M. Z._____ souffre d'une amputation des quatre premiers orteils du pied gauche. Une telle amputation implique des limitations fonctionnelles, mais nettement moins importantes que celles alléguées par M. Z._____.

Du point de vue psychiatrique, les troubles psychiques sont de faible ampleur. M. Z._____ ne présente pas une atteinte sévère à sa santé psychique. À nouveau ici les limitations fonctionnelles sont faibles et nettement moins importantes que celles alléguées par M. Z._____.

Le traitement psychiatrique suivi depuis plusieurs années par M. Z._____ n'a pas permis d'obtenir une amélioration notable des troubles dont il se plaint.

Les limitations alléguées par M. Z._____ ne sont pas dues à des troubles psychiques spécifiques mais sont dues à des facteurs étrangers au champ médical ou psychiatrique, en particulier des facteurs culturels et psychosociaux.

Actuellement M. Z._____ s'estime incapable de travailler. Tous les avis médicaux émis à ce jour estiment au contraire que M. Z._____ a une pleine capacité de travail. Il est donc évident que M. Z._____ ne reprendra pas d'activité professionnelle prochainement. La situation est cristallisée et ne pourra être modifiée que par des facteurs étrangers à la médecine ou à des mesures thérapeutiques médicales ou psychiatriques spécifiques.

11. Capacité de travail

M. Z._____ présente des limitations fonctionnelles d'ordre somatique [...]

Du point de vue psychiatrique, les troubles psychiques que présente M. Z._____ n'empêchent nullement une activité professionnelle. Ces troubles sont de faible ampleur et n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail à proprement parler. Ils pourraient tout au plus justifier une diminution du rendement de l'ordre de 20 % pendant une période de trois mois de réentraînement à une activité professionnelle.

L'incapacité de travail alléguée par M. Z._____ est due à des facteurs étrangers à la médecine. On ne peut que regretter la cristallisation des plaintes et l'incapacité de M. Z._____ à surmonter l'événement traumatique dont

il a été victime. Mais cette incapacité ne tient pas à des facteurs maladiques à proprement parler mais à des facteurs psychosociaux et culturels. »

Au vu des conclusions des deux experts, l'intimé a confirmé sa position par courrier du 18 août 2015.

Le recourant s'est déterminé le 25 septembre 2015, considérant l'expertise comme incomplète, erronée et contradictoire. Il a à nouveau requis l'audition par la Cour du Dr T._____.

Le SMR s'est prononcé sur les différents griefs du recourant à l'égard de l'expertise par avis du 15 octobre 2015, sous la plume du Dr H._____, écartant la plupart d'entre eux.

Les parties ne se sont pas prononcées plus avant. Leurs arguments seront repris dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après.

E n d r o i t :

1. 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 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 28 février 2010, au regard des atteintes à la santé dont il souffre, plus particulièrement sur le plan psychiatrique, au vu de l'instruction complétée ensuite de l'annulation de la décision de l'intimé du 27 février 2012 par la Cour de céans.

Bien que la question des atteintes somatiques présentées par le recourant et des limitations fonctionnelles qui en découlent n'ait pas été soulevée par l'intéressé dans son recours, ni dans ses écritures ultérieures, le recourant se limitant à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr Q._____, l'expert V._____ a jugé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise sur ce plan, de sorte que le volet somatique des atteintes à la santé du recourant sera brièvement abordé dans le présent arrêt.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a 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).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, 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 ; 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 cons. 3b/cc et les références ; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents

pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

4. Il est constant que le recourant souffre en l'espèce de limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte subie à son pied gauche le 17 septembre 2008. Si le recourant a contesté les conclusions retenues par l'intimé sur ce plan lors de son premier recours le 29 mars 2012, il n'a pas réitéré ses griefs à l'occasion de la présente procédure judiciaire, ni antérieurement lorsqu'il s'est prononcé sur le projet de décision de l'intimé du 31 janvier 2014. L'intimé s'est fondé, à l'occasion de sa première décision du 27 février 2012, sur les rapports du Dr C._____, du SMR et du Dr B._____ pour retenir une capacité entière de travail dans

une activité adaptée. La décision attaquée confirme cette appréciation et retient les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de marche en terrain inégal ; pas de longues marches ni de longues stations debout ».

Cette analyse est corroborée par les conclusions du Dr G._____. L'expertise de ce dernier, qui se fonde sur un examen fouillé de l'état de santé du recourant, rend compte d'une anamnèse complète et des plaintes de l'intéressé, et dont les conclusions sont dûment discutées et motivées, remplit les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3b), ce qui n'est pas contesté par les parties.

L'expert retient que le recourant est probablement handicapé dans toute activité exercée essentiellement en position debout et en charge. Il est certain selon lui que le recourant aurait de la peine à se déplacer sur des sols irréguliers. Il ajoute qu'il est acceptable que le port de charges pèjore un peu la situation. Il en résulte que l'ancienne activité de manœuvre dans un centre de tri n'est probablement pas adaptée aux handicaps résiduels. Il résume finalement que le recourant est, de façon certaine, à même d'exercer toute activité en position semi-assise, sans port de charge supérieure à 10-15 kg de manière répétitive, sans déplacement sur des sols irréguliers et/ou montée et descente de pentes ou d'escaliers. Tout travail à la chaîne, à l'établi ou autre, est envisageable sans aucune restriction ni diminution de rendement.

En comparaison des limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, l'expert ajoute certes le port de charges supérieur à 10-15 kg de manière répétitive et précise que le recourant doit éviter également les montées et descentes de pentes ou d'escaliers. Il est toutefois constaté que les activités retenues par l'intimé pour déterminer le revenu d'invalidé, soit des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et service), correspondent aux activités décrites par l'expert comme étant exigibles du recourant.

Ainsi, la décision attaquée peut être confirmée en tant qu'elle retient, d'un point de vue somatique, une capacité entière du recourant

dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il importe peu dès lors que l'expert ne se soit pas plus précisément et de manière certaine prononcé sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle.

5. Concernant le volet psychique de l'état de santé du recourant, il convient tout d'abord de rappeler que, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

Sur la base des conclusions de l'expert Q._____, l'intimé a retenu qu'il n'existait aucun constat objectif d'une atteinte psychique, voir psychiatrique, et de ce fait aucune incapacité de travail ni diminution de rendement sur ce plan, ce dans toute activité.

Dans son acte de recours, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr Q._____, la considérant incomplète, erronée, contradictoire, fondée sur des préjugés, et contraire par ailleurs aux autres pièces médicales du dossier, telles que celles des Drs T._____, de la Clinique P._____ et du Dr B._____.

Au vu des éléments médicaux et des arguments avancés par le recourant, le Tribunal de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il n'est dès lors pas nécessaire de discuter les arguments du recourant à l'encontre de l'expertise du Dr Q._____.

L'expert V._____ retient au terme de son analyse le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23), précisant que ce diagnostic ne

devrait pas être posé dans le cas d'espèce selon les critères de la CIM-10, mais qu'aucun autre diagnostic ne correspond aux troubles et aux plaintes du recourant. Il observe que les éléments objectifs sont pauvres et que l'on pourrait même douter de devoir poser un diagnostic psychiatrique à proprement parler. Concernant la capacité de travail, il retient que les troubles psychiques présentés par le recourant, de faible ampleur, n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail. Ils peuvent selon lui tout au plus justifier une diminution du rendement de l'ordre de 20 % pendant une période de trois mois de « réentraînement à une activité professionnelle ». D'après l'expert, l'incapacité de travail alléguée par le recourant tient à des facteurs étrangers à la médecine.

L'expertise du Dr V._____ remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3b). En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées. On relève à cet égard que ce n'est pas parce que l'expert n'a pas posé de diagnostic incapacitant en relation avec ces plaintes, en l'absence d'éléments objectifs pour ce faire, qu'il n'en a pas tenu compte, contrairement à ce qu'avance le recourant. Le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et de toutes les pièces médicales pertinentes, la description des interférences médicales est claire et les conclusions de l'expert sont dûment motivées, ce dernier expliquant de manière détaillée pour quelles raisons il écarte les diagnostics mentionnés au dossier.

Les griefs du recourant à l'égard de l'expertise doivent être écartés.

Le recourant reproche en premier lieu à l'expert de n'avoir pas pris soin de contacter le Dr T._____ et de lui demander son dossier, en particulier de ne pas avoir tenu compte du suivi psychiatrique mis en place depuis 4 ans.

Il est tout d'abord observé que le Dr V._____ mentionne dans son résumé des pièces du dossier les deux rapports du Dr T._____ des 9 novembre 2011 et 6 juin 2014. Il discute ensuite expressément les diagnostics posés par ce médecin et explique pourquoi il ne les retient pas. Il est ainsi inexact de dire que le Dr V._____ n'a pas tenu compte du suivi psychiatrique du recourant et de l'avis de son médecin traitant. Par ailleurs, on remarque que le Dr T._____ décrit assez clairement sa position et le traitement qu'il a mis en place dans son rapport du 6 juin 2014, de sorte que l'on ne peut reprocher à l'expert de ne pas avoir contacté ce médecin pour de plus amples informations. Il est encore relevé que si le recourant estimait qu'il manquait au dossier des pièces essentielles à l'appréciation du cas, il lui appartenait de s'inquiéter de leur production.

Le recourant critique ensuite l'analyse de l'expert concernant le diagnostic retenu de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions, arguant de l'absence d'explication à ce sujet. Le recourant ne peut être approuvé sur cette critique. En effet, l'expert est explicite quant à la difficulté de poser un diagnostic dans le cas du recourant, au vu de la pauvreté des éléments objectifs. Il ne saurait lui être reproché d'avoir cherché le diagnostic qui correspondait le mieux aux plaintes du recourant, ce d'autant que, contrairement à l'avis de ce dernier, l'expert a expliqué de manière détaillée la teneur de son raisonnement.

Le recourant semble ensuite mettre en doute la fiabilité de l'analyse de l'expert concernant l'exclusion du diagnostic de trouble dépressif récurrent dès lors que l'expert n'a rencontré l'intéressé qu'à deux reprises. Il est rappelé à cet égard que, de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). En l'espèce, l'expert a tenu compte de toutes les pièces utiles à son appréciation, ainsi que d'une anamnèse complète et détaillée, dans les règles de l'art et comme il sied au rôle d'un expert, auquel il

appartient du reste de se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3 et TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et les références).

Concernant le grief du recourant à l'égard de l'exclusion du diagnostic de stress post-traumatique, il est observé que les explications de l'expert sont détaillées. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert n'exclut pas ce diagnostic du seul fait que le recourant n'a pas risqué sa vie, ni pu craindre pour sa vie, ou encore que le traitement du pied n'a pas été particulièrement long ni éprouvant, mais également vu l'absence de comportement d'évitement et de flash-back à proprement parler. On observe en outre que ce diagnostic a expressément été écarté par la Clinique P._____ (cf. rapport du 23 avril 2009).

Comme l'a relevé à juste titre le recourant, le Dr V._____ a tenu compte de ses plaintes concernant les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, jugés toutefois comme mineurs par l'expert. L'intéressé reproche en revanche à ce dernier d'avoir écarté le diagnostic de trouble dépressif, qui pouvait expliquer ces troubles. Là encore, l'expert a expliqué les raisons de son appréciation. Le simple fait qu'elle diverge de celle du médecin traitant ne suffit pas à la remettre en cause (cf. supra consid. 3).

Le recourant soulève encore que l'expert aurait mal relevé les propos du Dr T._____ concernant le diagnostic de trouble de la personnalité mixte. Peu importe en l'occurrence dès lors que l'expert a lui-même examiné l'hypothèse d'un tel diagnostic, expliquant les raisons pour lesquelles il l'exclut.

Il peut être admis avec le recourant que c'est à tort que l'expert a observé que tous les médecins l'ayant examiné avaient retenu que son état de santé était nettement meilleur que le recourant ne l'estimait, vu notamment les conclusions du Dr T._____. Le recourant mentionne également les avis du Dr [...], médecin traitant, ainsi que celui d'une certaine Dresse [...], première psychiatre du recourant, qui aurait

retenu le même diagnostic que le Dr T._____. Il est observé toutefois que le Dr [...] n'a pas fourni de rapport médical détaillant son appréciation, se contentant de reprendre les résultats obtenus par les médecins spécialistes. Il ne mentionne en particulier pas d'éléments médicaux concernant le volet psychiatrique de l'état de santé de son patient. Il ne figure par ailleurs au dossier aucun rapport de la Dresse [...]. L'argument du recourant ne suffit ainsi pas à invalider l'appréciation du Dr V._____.

Finalement, le recourant relève à plusieurs reprises que l'expert se serait permis des jugements de valeur. Il est retenu qu'il s'agit en réalité de constatations et de l'appréciation médicale de l'expert. On ne peut en aucun cas considérer qu'un expert s'est livré à une appréciation subjective du fait qu'il constate que les plaintes d'un assuré ne correspondent pas aux constatations objectives.

Il convient d'observer par ailleurs que les documents médicaux au dossier ne permettent pas non plus de remettre en cause l'appréciation de l'expert. La Clinique P._____ a retenu le même diagnostic que le Dr V._____, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Il n'y a pas d'autre évaluation de l'état de santé psychique du recourant, en-dehors de celle du Dr Q._____, que rejoint en définitive celle du Dr V._____. Seul le Dr T._____ décrit une appréciation différente de la situation. Les conclusions de ce dernier, médecin traitant du recourant, constituent une appréciation différente de la même situation et n'amènent pas d'éléments dont l'expertise n'aurait pas tenu compte. Au vu de la jurisprudence précitée en matière d'évaluation des différents types de rapport médicaux (cf. supra consid. 3b), il convient de privilégier l'appréciation du Dr V._____, du reste plus solidement étayée que celle du psychiatre traitant.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'audition du Dr T._____. En effet, les expertises et rapports au dossier sont suffisants. En particulier, y figure les rapports du Dr T._____ rapportant de manière précise son appréciation du cas, de sorte que la

mesure d'instruction requise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 119 V 335 consid. 3c et la référence.)

Au vu de ce qui précède, il est retenu que le recourant ne présente aucune atteinte psychique diminuant sa capacité de travail, ni son rendement.

6. L'aptitude à la réadaptation a été fixée par l'intimé à décembre 2009, période à laquelle le recourant a repris son activité à 30 % (l'interrompant peu après pour des raisons en définitive non objectivables, comme démontré supra). Cette appréciation n'est pas critiquable.

a) Bien que non contesté en soi par le recourant, le calcul de la perte de gain et du degré d'invalidité, qui n'a pas été examiné par la Cour de céans lors de la procédure judiciaire précédente, est vérifié d'office.

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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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.

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment

déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ci-après : DPT ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_260/2013 du 9 août 2013).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité (abattement). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de

déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009).

b) En l'espèce, l'intimé a fait application de la méthode générale de comparaison des revenus, le recourant exerçant une activité professionnelle à temps complet avant l'accident du 17 septembre 2008.

L'ancien employeur du recourant a déclaré que le salaire annuel de ce dernier correspondant à un taux d'activité de 100 % était en 2009 de 60'203 francs.

Concernant le revenu d'invalidé, l'intimé a retenu le salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) ressortant du tableau de l'ESS 2008, niveau de qualification 4, soit 4'806 fr. douze fois l'an. Après adaptation de ce chiffre à 2009 et à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, le montant annuel du revenu d'invalidé se montait à 61'238.44 francs. Ce calcul est correct et peut être repris.

L'intimé a ensuite tenu compte d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé en raison des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ce qui se justifie au vu des circonstances du cas. Ainsi, le revenu d'invalidité s'élève à 55'114 fr. 59, et ainsi la perte de gain à 5'088.40 francs. Il en résulte un degré d'invalidité de 8.45 %, ce qui ne donne pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

7. **a)** Partant, il sied de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en niant, sur la base des conclusions des experts G._____ et V._____ qui emportent la conviction, le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 28 février 2010, les griefs formulés par le recourant devant être écartés. Le recours doit en

conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 juin 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Yvan Guichard, avocat (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent 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 :