

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2015

Composition : M. MERZ, président
Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Georges Reymond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. Arrivé en Suisse en 1984, K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol, né en 1961, est au bénéfice d'un permis d'établissement (C). Il est marié et père de deux enfants adultes. Sans formation professionnelle, il travaillait depuis 1996 en tant que façadier, respectivement maçon-isoleur, puis chef d'équipe, au service de la société W._____ SA.

Le 30 août 2005, l'employeur de K._____ a transmis à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) une déclaration d'accident, annonçant que celui-ci avait été victime d'une chute sur un chantier en date du 26 août 2005. L'accident était décrit en ces termes :

« A glissé sur le panneau de l'échafaudage et est tombé en arrière sur l'encadrement de la porte du bâtiment. »

L'assuré a présenté une contusion lombaire avec une fracture de l'apophyse transverse droite de L1 et de L2. La CNA a pris le cas en charge en versant les prestations correspondantes (frais de traitement et indemnités journalières).

Par décision du 27 février 2007, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 11 mars 2007. L'assuré n'a pas formé opposition et cette décision est entrée en force.

En janvier et décembre 2010, l'assuré a déposé des demandes de réexamen. Par communication du 8 décembre 2010, la CNA a déclaré que le cas avait été clos par sa décision du 27 février 2007. A la suite d'un événement accidentel du 17 juin 2011, l'assuré a à nouveau demandé un réexamen. La CNA a refusé d'entrer en matière (décision du 8 mars 2012, confirmée sur opposition le 20 juillet suivant).

Par arrêt du 15 mai 2014 (AA 90/12 - 49/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a partiellement admis le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition rendue par la CNA. Le tribunal a pour l'essentiel considéré que les éléments au dossier ne permettaient pas de répondre à la question de savoir si le traumatisme crânio-cérébral subi par l'assuré le 17 juin 2011 était en relation de causalité - naturelle et adéquate - avec l'accident du 26 août 2005. Il s'en suivait l'annulation de la décision attaquée en tant qu'elle concernait les conséquences de l'incident du 17 juin 2011, la cause étant renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La décision attaquée était confirmée pour le surplus, en ce qui concernait notamment la période antérieure à cette dernière date.

Statuant le 5 août 2015 (cause 8C_501/2014), le Tribunal fédéral a rejeté le recours formé par l'assuré contre cet arrêt. Il a en bref considéré que les troubles d'ordre somatique et psychique invoqués ne constituaient pas des faits nouveaux et ne pouvaient donc pas fonder un motif de révision procédurale.

B. a) Le 11 juillet 2006, K._____ a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente. Il a fait état d'une fracture des première et deuxième vertèbre lombaire, existant depuis le 26 août 2005.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli divers renseignements sur la situation médicale et personnelle de l'assuré. Dans ce cadre, il a demandé à la CNA ainsi qu'à l'assureur perte de gain de lui transmettre leur dossier respectif.

Dans ce dernier dossier figure notamment un rapport médical du 19 mars 2007 adressé à la Dresse V._____, médecin traitant, par le Dr G._____, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de l'assureur-maladie. Celui-ci indiquait qu'au vu du dossier médical et après

examen de l'assuré, l'incapacité de travail de ce dernier resterait de 50% dans les semaines à venir. Il précisait en outre que les lésions constatées correspondaient davantage à un état maladif qu'aux suites d'un accident. Il a réitéré son point de vue dans un nouveau rapport du 15 mai 2007 à la Dresse V._____.

Cette dernière a adressé son patient au Service de rhumatologie et de rééducation de l'Hôpital Q._____ (Département de l'appareil locomoteur) pour une évaluation de la situation. Dans une missive du 3 avril 2008, le Dr N._____, chef de clinique, a indiqué que l'assuré maintenait un taux d'activité de 50%, affirmant être dans l'incapacité de travailler davantage. Il concluait sa lettre en relevant qu'il restait « dans son schéma douloureux, ayant beaucoup de difficultés à sortir de ce vécu et n'arrive pas à comprendre qu'il serait probablement capable de pouvoir exercer une activité plus soutenue. »

Sur formule ad hoc, la Dresse V._____ a complété en date du 16 juin 2008 un rapport médical à l'intention de l'office AI, dans lequel elle a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans la dernière activité exercée était de 50%, à compter du 7 décembre 2006 (cf. rapport de la Clinique L._____ du 12 janvier 2007).

b) Le 4 septembre 2008, l'office AI a informé l'assuré, représenté par son assurance de protection juridique, qu'il comptait lui allouer, à partir du 26 août 2006 (échéance du délai de carence d'une année), une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50%. L'octroi de cette prestation était reconnu jusqu'au 31 mars 2007, soit trois mois après l'amélioration constatée par les médecins de la Clinique L._____, respectivement le médecin d'arrondissement de la CNA, selon lesquels sa capacité de travail serait de 100% dans une activité adaptée dès le 7 décembre 2006.

Dans une lettre du 13 octobre 2008, l'assuré a critiqué le point de vue de l'administration, contestant être en mesure de reprendre l'exercice d'une activité, fût-elle adaptée, à 100%. Ayant déclaré faire

l'objet d'un suivi depuis le mois d'août précédent auprès du Prof. X._____, spécialiste en anesthésiologie, il a invité l'office AI à lui demander un rapport en vue, notamment, de préciser son taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Il a joint une lettre du Prof. X._____ du 17 août 2008.

Dans des lettres du 5 mars et du 26 juin 2009, le Prof. X._____ a indiqué que l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une rente d'invalidité de 50%.

Dans un avis médical du 24 juillet 2009, le Dr D._____, médecin auprès du SMR, s'est exprimé en ces termes :

« Le rapport SMR du 19 avril 2007 retenait une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée (façadier), et une pleine exigibilité dans une activité adaptée en raison de lombalgies après fracture d'une apophyse transverse de L2, avec une discrète arthrose lombaire et des discopathies L3-5 responsables d'un rétrécissement du canal rachidien.

Cette estimation a été confirmée lors d'un séjour à la Clinique L._____.

L'assuré étant opposé à des mesures de réadaptation, un projet de refus de prestations lui est adressé le 4 septembre 2008, auquel il s'oppose le 13 octobre 2008 en produisant notamment un rapport du Prof. X._____.

Nous y apprenons qu'une dénervation de L1-L2 a été tentée sans succès, et qu'un stimulateur médullaire a été mis en place avec une amélioration inconstante des douleurs de 50-60%.

Le Prof. X._____ conclut qu'il lui « semble raisonnable que la patiente puisse bénéficier d'une rente AI de 50% », sans décrire le status ni les limitations fonctionnelles. Réinterrogé à ce sujet, nous n'avons pas obtenu davantage d'informations.

Force est de constater qu'il n'y a pas d'élément médical objectif témoignant d'une péjoration de l'état de santé. Dans le pire des cas, la mise en place d'une électrode médullaire n'a aucun effet antalgique ; on se retrouve donc dans la situation qui prévalait à la sortie de la Clinique L._____. Dans le meilleur des cas, on obtient une amélioration de 60% des douleurs. Dans les deux cas, l'exigibilité reste celle déterminée par les spécialistes de la Clinique L._____ à l'issue d'examens multidisciplinaires et d'un stage d'observation des aptitudes professionnelles.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de modifier notre position. »

Le 6 août 2009, l'assuré a encore fait savoir à l'office AI que, sur conseil de son médecin traitant, il s'était résolu à consulter une psychiatre, en la personne de la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Interpellée par l'office AI, cette dernière lui a transmis un rapport en date du 14 octobre 2009. Il comportait les diagnostics selon la CIM-10 affectant la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et d'anxiété généralisée (F 41.1), tous deux existant depuis le mois d'avril précédent. S'agissant de la capacité de travail, la Dresse J._____ a estimé qu'elle était de 50% pour des tâches ne comportant pas d'efforts ou de poids à soulever. Elle a ajouté que l'activité exercée était encore exigible à la condition qu'elle soit aménagée et sachant que le rendement était diminué.

Dans un avis médical du 3 décembre 2009, le Dr D._____ a écrit ce qui suit :

« Dans le cadre de l'audition, l'assuré a consulté la Dresse J._____, psychiatre, pour la première fois le 8 juillet 2009. Notre collègue retient un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) et une anxiété généralisée (F 41.1) existant depuis avril 2009, et justifiant une incapacité de travail psychiatrique de 50%.

Elle indique par ailleurs que l'assuré poursuit son activité à 50% auprès du même employeur, mais dans un poste « adapté ».

Le status décrit par la Dresse J._____ ne permet pas de retenir le diagnostic énoncé, si l'on s'en tient aux critères de la CIM-10.

Au vu de ce qui précède, il convient de compléter l'instruction :

- Par une expertise psychiatrique (ou un examen SMR selon les disponibilités),
- Par une enquête auprès de l'employeur pour obtenir un descriptif précis du poste de travail "adapté" ».

Le 5 février 2010, l'office AI a confié à l'Hôpital Z._____ le soin de réaliser l'expertise psychiatrique de l'assuré. Dans leur rapport daté du 11 juin 2010, les Dresses P._____, médecin cheffe de clinique, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et U._____, médecin adjointe, ont retenu avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif présent depuis avril 2009, épisode actuel sévère sans

symptômes psychotiques (F 32.2). Elles n'ont posé aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Elles se sont exprimées en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic » :

« M. K. _____ est un homme de 48 ans qui a grandi et travaillé dans un environnement où la bonne santé et la toute puissance physique était nécessaire et valorisée.

C'est ensuite grâce à cette force manuelle qu'il a réussi ici en Suisse, gagnant la confiance de son employeur, devenant chef de chantier ceci malgré son absence de formation.

L'identité et la valeur personnelle de M. K. _____ s'est donc construite en grande partie grâce à sa bonne santé physique qui jusqu'ici ne lui avait jamais fait défaut.

Au moment de son accident, il a été confronté sans préparation à sa vulnérabilité, à la faillibilité de son corps, remettant en cause de manière aiguë son sentiment de valeur personnelle.

La question de la présence et de l'influence d'un éventuel trouble somatoforme sur la persistance des douleurs aurait pu être discutée chez cet expertisé (chez qui l'on a, à plusieurs reprises, mentionné une discordance « entre le vécu subjectif et les constatations objectives » de sa douleur ainsi que « des douleurs à faible substrat organique ») si le Professeur X. _____, joint au cours de l'expertise, ne s'était exprimé clairement en affirmant que les douleurs que M. K. _____ [ressent] sont en lien avec son accident et sont en principe accessibles à un traitement.

Il est par contre indéniable que M. K. _____ présente une détresse sévère, l'absence d'amélioration et les difficultés financières dans lesquelles sa situation le plonge ne font que s'ajouter à son impression de faillite personnelle. C'est dans ce contexte qu'il a développé, en 2009, les symptômes d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Celui-ci est encore présent malgré un traitement psychiatrique et psychothérapeutique régulier depuis plusieurs mois.

Nous ne pouvons pas retenir à l'heure actuelle d'autre diagnostic.

Du point de vue psychiatrique, il est essentiel que M. K. _____ continue à bénéficier d'un suivi psychiatrique rapproché. Si aucune amélioration ne peut être obtenue sur le plan antalgique, par contre, nous estimons que le pronostic est sombre et défavorable. »

Les Dresses P. _____ et U. _____ ont conclu leur rapport en répondant aux questions posées par l'office AI. Selon elles, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, en raison d'un état dépressif, d'un manque d'énergie, de troubles de la concentration et de la mémoire. En outre, aucune mesure de réadaptation n'était de nature à l'améliorer et aucune autre activité n'était exigible.

Entre-temps, le Prof. X. _____ a adressé à l'office AI un rapport médical daté du 26 février 2010, dans lequel, après avoir en particulier expliqué en quoi consistait le traitement pratiqué depuis mai 2008 sur la personne de l'assuré, il s'est exprimé en ces termes à propos de la capacité de travail de ce dernier :

« Le patient a longtemps essayé de poursuivre son activité professionnelle dans l'entreprise où il a travaillé pendant de nombreuses années. Les problèmes médico-techniques et thérapeutiques au cours de l'année 2009 l'ont malheureusement contraint de cesser définitivement son travail qui était pourtant bien adapté à ses limitations fonctionnelles. Il est actuellement absolument incapable de fournir un travail tant physique qu'intellectuel à cause de l'ampleur des douleurs provoquées par la radiculopathie dans son membre inférieur droit. »

S'agissant de l'activité exercée par l'assuré, le Prof. X. _____ a indiqué que celui-ci était incapable d'effectuer un travail physique ou un travail non physique en position statique. Il a ajouté qu'il était irritable, ce qui était à mettre sur le compte de l'intensité de ses douleurs neuropathiques périphériques, pour lesquelles il n'existait pas de médicaments susceptibles de les soulager de façon significative. L'activité habituelle n'était donc plus exigible même si une éventuelle reprise d'un travail semblable dépendait de l'efficacité du traitement antidouleur administré.

Ayant pris connaissance du rapport d'expertise psychiatrique du 11 juin 2010, le Dr D. _____ a adressé aux expertes, le 3 août 2010, une lettre à la teneur suivante :

« Vous avez retenu le diagnostic d'épisode dépressif actuellement sévère, sans symptôme psychotique (F 32.2). Si je me réfère à la CIM-10, il faut 3 critères-symptômes du groupe B, et au moins 5 critères-symptômes du groupe C (pour un total de huit) pour que ce diagnostic soit posé.

Dans le cas d'espèce, votre status mentionne deux critères du groupe B, à savoir l'humeur dépressive et la réduction de l'énergie, et deux (voire trois) critères du groupe C, soit la perte de confiance en soi et la perturbation du sommeil, pour un total de 4. Si l'on s'en tient à la définition stricte, il pourrait s'agir d'un épisode dépressif léger. »

Le 24 septembre 2010, les auteures de l'expertise ont répondu en ces termes à cette missive :

« En réponse à votre courrier du 3 août 2010, nous nous sommes en effet référés à la CIM-10 (comme demandé par l'AI) pour l'expertise du patient susnommé, et non au DSM-IV. La CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité d'un épisode dépressif majeur. Le seuil pour l'épisode sévère est de huit symptômes sur dix. Ce diagnostic repose également sur la présence de trois symptômes typiques associés à au moins quatre autres symptômes dépressifs. Toujours en nous référant à la CIM-10, nous avons retenu les critères suivants pour l'expertisé sus-nommé :

- thymie triste
- perte d'énergie
- perte de plaisir
- troubles de la concentration et de la mémoire
- sentiment d'inutilité (correspondant à un sentiment de dévalorisation)
- sentiment de perte de rôle (correspondant à une perte d'estime de soi)
- troubles du sommeil
- troubles de la libido

Il est important de noter que tous ces critères, à l'exception des troubles de la concentration et de la mémoire, et des troubles du sommeil, sont des symptômes qui peuvent être qualifiés de sévères, voire de très sévères (ce qui correspond donc bien à un épisode dépressif sévère). Tous ces critères apparaissent dans le status mentionné dans l'expertise.

Aussi, pour ces raisons, nous maintenons et confirmons le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. »

En réponse à cette correspondance, le Dr D. _____ a écrit ce qui suit en date du 15 novembre 2010 :

« Votre courrier du 24 septembre 2010 a retenu toute mon attention et je vous en remercie.

A sa lecture, je relève les points suivants :

- Les troubles de la libido ne figurent pas dans les critères du trouble dépressif tel que définis par la CIM-10.

En résumant, votre status décrit :

1. une thymie triste
2. une diminution du plaisir pour des activités habituellement agréables
3. une perte d'énergie

Ce sont les trois symptômes cardinaux du cluster B de la CIM-10.

On trouve également :

4. une perte de l'estime de soi (pour vous perte du rôle)
5. des troubles du sommeil
6. des troubles de la concentration

Que ces symptômes soient en eux-mêmes sévères n'a pas d'importance dans la CIM-10. Au total, il y a donc 3 symptômes cardinaux de la dépression, et trois symptômes secondaires du cluster C, soit six symptômes, ce qui correspond à un état dépressif moyen.

Dans ces conditions, nous ne pourrions pas considérer que votre expertise est médicalement probante, à moins que vous soyez en mesure de nous donner une explication plus convaincante. »

Le 29 décembre 2010, les Dresses U. _____ et P. _____ se sont exprimées en ces termes :

« En réponse à votre courrier du 15 novembre 2010, nous voudrions relever une confusion dans la classification à laquelle vous vous référez.

En effet, il n'existe pas de « cluster » ni B ni C dans la classification CIM-10. Aussi, nous vous saurions gré de définir quelle classification vous souhaitez que nous employions. Nous nous sommes, dans l'expertise, référés à celle demandée, à savoir la CIM-10, et maintenons pour cette raison les différents critères et le degré de sévérité de l'épisode dépressif que nous vous avons décrits dans notre réponse du 24 septembre 2010. »

Sur le vu de cette réponse, le Dr D. _____ a fait savoir le 13 janvier 2011 aux expertes précitées qu'il se référait à la CIM-10 dans son édition de 1994, laquelle prévoit des « cluster » B et C pour l'estimation de la sévérité du trouble dépressif. Dans un avis médical du même jour, il a maintenu que l'expertise psychiatrique du 11 juin 2010 était dépourvue de valeur probante, les critères d'un trouble dépressif sévère n'étant à son avis pas réunis. Dans ces conditions, il ne voyait pas d'autre solution que de demander une seconde expertise.

Le 27 mai 2011, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport d'expertise. Débutant par une analyse du dossier avec un résumé des principales pièces médicales et administratives (pp. 3-7), il comprend ensuite un bref rappel de l'histoire médicale de l'assuré avant de décrire les données personnelles et

familiales le concernant (pp. 7-15). Puis, l'expert relate le résultat des examens cliniques ainsi que des tests psychométriques et des analyses de laboratoire effectués, de même qu'il rend compte des entretiens téléphoniques avec la Dresse J._____ et le Prof. X._____ (pp. 15-17). L'expert a posé pour seul diagnostic affectant la capacité de travail un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), existant depuis avril 2009. Il n'a pas retenu de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Sous l'intitulé « synthèse et discussion », il a écrit ce qui suit :

« *Rappel de l'histoire médicale* :

M. K._____ est un assuré d'origine espagnole, âgé de 49 ans, marié et père de deux enfants dépendant encore de leurs parents. Sans formation professionnelle à proprement parler, il arrive en Suisse en 1984 pour travailler en qualité de maçon. Après 4 ans de travail dans la même entreprise avec des contrats de saisonnier, il reçoit un contrat fixe. En 1991, il change pour un poste mieux payé et travaille comme maçon à plein temps pendant plusieurs années avant d'être licencié pour des raisons économiques. Après quelques mois au chômage, il trouve un travail de maçon dans l'entreprise W._____ SA. Après une année de travail à plein temps, il bénéficie d'une promotion au poste de responsable et continue son travail sans interruption majeure jusqu'à la survenue d'un accident de travail le 25 août 2005 [recte : 26 août 2005, réd.]. En mars 2006, il reprend son travail à 50% sur un poste adapté s'occupant des livraisons et de la préparation du matériel. Faisant abstraction d'un séjour de six semaines à la Clinique L._____ en novembre 2006, M. K._____ continue son travail à 50% jusqu'à un test de stimulation médullaire chez le Professeur X._____ en janvier 2009. Après un résultat fortement positif concernant ses douleurs, M. K._____ subit l'implantation d'un stimulateur en février 2009 suivi cependant par des problèmes techniques. Depuis, M. K._____ n'a plus repris d'activité professionnelle et continue de souffrir d'importantes douleurs physiques malgré des interventions ultérieures entre autres chez le neurochirurgien Dr A._____ afin d'optimiser la fixation des électrodes de stimulation médullaire.

Lors d'un consilium psychiatrique du 27 octobre 2006, le Dr C._____ constate l'absence de troubles psychiques atteignant un seuil diagnostique. Début 2007, M. K._____ décrit la survenue de premiers problèmes psychiques en réaction à l'arrêt des prestations de la SUVA expliquant ces symptômes désormais par une maladie au lieu des séquelles de son accident. Face à cette situation, M. K._____ décrit un profond sentiment d'injustice. Il se sent comme un handicapé n'ayant plus sa place et étant mis de côté. Puis il décrit à nouveau une dégradation de son état en réaction aux échecs de différentes interventions analgésiques. C'est ainsi que M. K._____ consulte pour la première fois un psychiatre, la Dresse J._____ en juillet 2009. Dans son rapport médical du 14 octobre 2009, la Dresse J._____ retient le diagnostic d'un épisode dépressif

sévère sans symptôme psychotique ainsi que d'une anxiété généralisée. En même temps, elle décrit une capacité de travail de 50% pour des tâches ne comportant pas d'effort ou de poids à soulever. Dans une expertise psychiatrique avec examen du 30 avril, du 5 mai et du 25 mai 2010, la Dresse P. _____ de l'Hôpital Z. _____ confirme le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. La Dresse P. _____ retient une incapacité de travail de 100% depuis janvier 2009.

Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, de trouble panique, ni de trouble phobique. Selon le Professeur X. _____ ainsi que les documents mis à ma disposition, les douleurs de M. K. _____ sont expliquées par un processus physiologique permettant d'exclure le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical, je n'ai pas non plus objectivé de trouble de la personnalité.

Au cours du traitement auprès de la Dresse J. _____, M. K. _____ décrit une amélioration de ses angoisses se limitant à des moments de désespoir depuis 2009. Depuis l'introduction d'un traitement médicamenteux par la Dresse J. _____, M. K. _____ ne souffre plus d'angoisse persistante et constate « je suis calme, je ne suis pas nerveux ». Il ne présente pas d'attente craintive, ni de symptôme neurovégétatif objectivable à l'examen actuel. En conséquence, le tableau clinique présenté par M. K. _____ ne permet plus de retenir le diagnostic d'une anxiété généralisée.

À l'examen actuel, M. K. _____ se plaint surtout d'une humeur fluctuante avec des moments d'oppression thoracique et d'une envie de pleurer s'accompagnant d'un sentiment d'inutilité ayant perdu son identité de travailleur. En parallèle, il décrit un trouble du sommeil avec des réveils fréquents ainsi que des cauchemars survenant à raison de 2 fois par semaine sans reviviscence d'un événement traumatisant. Il décrit ainsi des phases d'aggravation de ses symptômes en réaction à la confrontation avec son bilan existentiel se sentant mis de côté par les assurances ne reconnaissant pas sa souffrance et ses problèmes selon lui. Lors de ces moments M. K. _____ souffre d'idées noires dont il prend cependant une claire distance par responsabilité pour sa famille. En plus, il décrit une diminution de l'énergie avec un sentiment de fatigue notamment depuis l'introduction d'un traitement avec Seroquel 25 mg le matin ainsi que des problèmes de concentration et d'attention avec des oublis fréquents. En même temps, il n'y a pas d'idée de culpabilité ni de diminution de l'appétit chez un assuré qui décrit une prise de poids les 2 dernières années. Face à ces problèmes financiers dus à la perte de prestations d'assurances ainsi que son incapacité de reprendre son ancien travail, M. K. _____ voit un avenir « très difficile » et déplore le manque de reconnaissance en voyant une rente AI comme seule solution à ses problèmes existentiels. Néanmoins, il ne présente pas d'attitude manifestement pessimiste face à l'avenir en décrivant par exemple l'envie de reprendre des projets positifs comme des voyages en

Espagne ainsi que l'épanouissement personnel de ses enfants. Aux examens actuels, je n'ai pas non plus objectivé de perte de l'énergie avec des efforts minimales entraînant une fatigue importante. Au contraire, M. K. _____ participe activement aux examens d'une durée de plusieurs heures et maîtrise sans difficulté les tests cognitifs vers la fin de l'examen. Ce résultat correspond à la capacité de M. K. _____ de conduire régulièrement la voiture par exemple en ville de Lausanne et de se charger d'une partie des tâches de la vie quotidienne de sa famille de 4 personnes comme les paiements à la poste. M. K. _____ ne présente pas non plus une perte de l'intérêt et du plaisir, mais participe régulièrement aux rencontres et fêtes avec les différents membres de sa famille ainsi que ses amis de longue date. En parallèle, il décrit de manière authentique son intérêt pour certaines émissions de TV comme le téléjournal, des documentaires et des émissions de sport lui permettant de se distraire de ses ruminations sans idée envahissante.

Sur la base des éléments objectivables lors des examens psychiatriques actuels ainsi que de l'anamnèse de M. K. _____ notamment sa vie sociale et le déroulement de la vie quotidienne, je constate que la diminution de l'intérêt et du plaisir, la réduction de l'énergie ainsi que la diminution de la concentration et de l'attention décrites par l'assuré restent relativement limitées et présentent quelques incohérences. En parallèle, il n'y a pas d'attitude pessimiste face à l'avenir qui dépasse un sentiment de frustration et de déception concernant l'échec des diverses interventions thérapeutiques ainsi que l'absence de reconnaissance à travers des prestations d'assurances. En l'absence d'idées auto-agressives ou suicidaires, d'idée de culpabilité ainsi que d'une diminution de l'appétit, l'état dépressif présenté par M. K. _____ ne dépasse pas le degré de sévérité d'un épisode dépressif moyen au maximum. Ce degré de sévérité est confirmé par les tests psychométriques dont le résultat dépend également des déclarations subjectives qui présentent quelques incohérences avec les éléments objectivables de l'examen ainsi que de l'anamnèse de M. K. _____ comme décrit ci-dessus. En plus, le résultat du Hamilton est influencé par des symptômes somatiques qui sont au moins partiellement dus au traumatisme du cône médullaire (rapport médical du 26 février 2010, Professeur X. _____). Néanmoins, l'état de M. K. _____ s'accompagne d'un syndrome somatique avec notamment un réveil matinal précoce et une diminution marquée de la libido.

Cependant, M. K. _____ ne présente pas de ralentissement ou d'agitation marquée, ni d'idée de suicide ni d'incapacité de poursuivre ses activités sociales comme observés chez des patients souffrant d'un épisode dépressif sévère (directives pour le diagnostic d'un épisode dépressif sévère selon la CIM-10). Anamnestiquement, il est cependant possible, que l'état de M. K. _____ ait répondu au diagnostic d'un épisode dépressif sévère notamment en réaction à l'échec de l'implantation d'électrodes de stimulation à but antalgique ainsi que l'incapacité de reprendre son travail habituel comme décrit par la Dresse J. _____ dans son rapport médical d'octobre 2009. Un tel diagnostic contraste cependant avec les conclusions de la Dresse J. _____ concernant l'exigibilité d'une capacité de travail à 50% tout en prenant déjà en considération la réduction de la capacité de travail due aux difficultés somatiques

(page 3 du rapport médical du 14 octobre 2009 de la Dresse J._____).

Puis, la Dresse P._____ constate une amélioration des troubles du sommeil contrôlés par Zolpidem, une disparition des symptômes d'oppression thoracique et de l'envie de pleurer depuis le début du traitement psychiatrique. Dans son status psychique, elle décrit un patient qui parle avec passion et fierté de son métier avec un discours cohérent et informatif, donnant des explications détaillées. Néanmoins, elle reprend dans son status psychique les plaintes subjectives de M. K._____ concernant un trouble de la concentration et de la mémoire qui contraste cependant avec les propres observations de la Dresse P._____. Malgré ces incohérences entre le status clinique et les déclarations subjectives de M. K._____, la Dresse P._____ renonce à mettre en relation les déclarations subjectives concernant une perte de plaisir avec une description de la vie quotidienne ou des activités sociales. Selon M. K._____, ces activités sont cependant restées inchangées depuis le début de ses problèmes psychiques et présentent des éléments incompatibles avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère, comme le plaisir de participer à des rencontres familiales et des excursions pour se baigner dans la mer. En conséquence, ni l'anamnèse ni les documents mis à ma disposition permet de retenir la survenue, même transitoire, d'un épisode dépressif sévère.

Ayant bénéficié seulement d'une scolarisation limitée sans formation professionnelle à proprement parler, M. K._____ s'est toujours identifié avec son rôle de travailleur manuel, activité professionnelle qui est cependant impossible depuis la survenue de ses problèmes de santé physique. Face aux échecs de divers traitements antalgiques ainsi que dans le contexte de son arrêt maladie prolongé à l'origine d'un déconditionnement psychique, M. K._____ s'est ainsi installé dans un rôle passif dont il refuse de sortir. Comme également constaté par la Dresse J._____, c'est dans ce contexte que des mesures de réinsertion paraissent difficiles à envisager chez un patient peu scolarisé qui se trouve en arrêt maladie depuis longtemps. Au plan médico-théorique, M. K._____ ne présente cependant pas de maladie psychique justifiant une incapacité complète et durable. Au contraire, la reprise d'une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles au plan somatique et mettant en valeur ses compétences et expériences professionnelles pourrait avoir une influence positive sur l'évolution des symptômes psychiques de M. K._____. Au cours de l'échec des interventions antalgiques et l'arrêt maladie prolongé avec des répercussions importantes sur sa situation sociale comme la perte de son travail, M. K._____ s'est cependant de plus en plus identifié avec une lutte pour la reconnaissance de sa souffrance à travers des prestations d'assurances.

Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique : voir les documents somatiques du dossier.
Au plan psychique et mental : M. K._____ souffre surtout d'un déconditionnement psychique à l'origine d'une

diminution de sa tolérance au stress avec une fatigabilité accrue.

Au plan social : M. K._____ constate qu'il doit faire un effort à chaque fois pour sortir et participer à des réunions. Néanmoins, il continue de mener une vie sociale active avec des rencontres régulières avec ses divers amis et connaissances sans limitation manifeste au plan social l'empêchant d'exercer théoriquement une activité professionnelle.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'état de M. K._____ nécessite un temps d'adaptation lui permettant un reconditionnement afin de reconstruire son endurance et ses capacités cognitives.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail.

Environ 50% au plan psychique.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Au plan psychique, l'activité habituelle mettant en valeur les compétences et expériences de M. K._____ est encore exigible, d'abord à un taux de 50% au vu de son déconditionnement.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Au plan psychique, il n'y a pas de diminution du rendement pour l'activité habituelle exercée à 50 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Dans son rapport médical du 14 octobre 2009, la Dresse J._____ atteste une incapacité de travail de 50% pour une activité adaptée au plan physique. Cette appréciation est compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif moyen qui peut être confirmé sur la base de l'anamnèse de M. K._____.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Depuis, la Dresse J._____ ainsi que M. K._____ décrivent un état généralement inchangé faisant abstraction d'une amélioration des symptômes anxieux ne remplissant plus les critères d'une anxiété généralisée. Néanmoins, M. K._____ n'a pas repris une activité professionnelle ni participé à des mesures de réinsertion en raison de complications de son traitement antalgique. Sur la base d'une appréciation médico-théorique, les éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen psychiatrique actuel, il continue de souffrir d'un épisode dépressif de gravité moyenne au maximum ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée pour une activité manuelle simple comme sa dernière activité en qualité de chauffeur-livreur. Dans une telle activité, et au vu de l'état psychique décrit dans son anamnèse, il aurait probablement été exigible, au plan psychique, d'augmenter progressivement le taux de travail au cours d'un reconditionnement d'environ 6 mois après le début de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré (e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui.

Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Au plan médico-théorique, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables et indiquées afin de permettre à M. K. _____ un reconditionnement progressif dans une activité mettant en valeur ses compétences et expériences professionnelles. Au cours de l'arrêt maladie prolongé ainsi qu'en réaction à l'échec de diverses interventions antalgiques, M. K. _____ s'est cependant installé dans un rôle passif rendant le succès de toute mesure de réadaptation peu probable.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

La poursuite d'un traitement antidépresseur ainsi que des consultations psychothérapeutiques régulières devraient accompagner des mesures de réinsertion afin d'améliorer la capacité de travail et permettre à M. K. _____ un reconditionnement.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Théoriquement, de telles mesures devraient permettre à M. K. _____ d'atteindre une pleine capacité de travail au cours de 6 mois de reconditionnement au plan psychique.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e)?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et [de] quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une activité?

Une activité adaptée devrait mettre en valeur les compétences et expériences professionnelles de M. K. _____ par exemple dans le domaine de la construction. En plus, une telle activité devrait se limiter à une activité principalement manuelle sans exigence au plan du français écrit dans un cadre permettant une augmentation progressive du taux d'activité comme décrit ci-dessus.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Dans un premier temps, une telle activité peut être exercée à 50% avec augmentation progressive jusqu'à 100% au cours de 6 mois.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non, pour une activité initialement exercée à 50% et permettant une augmentation progressive du taux de travail au cours de 6 mois.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Sans objet au plan psychique.

Remarques et/ou autres questions:

---- »

Dans un avis médical du 9 juin 2011, le Dr D. _____ a écrit ce qui suit :

« L'expertise du Dr B. _____ passe en revue tous les documents médicaux au dossier ; les plaintes de l'assuré sont entendues ; son anamnèse est recueillie ; le status psychiatrique est minutieusement décrit après deux consultations en présence d'un traducteur neutre ; enfin, les médecins traitants ont été contactés par l'expert.

Au terme de ce travail, le Dr B. _____ retient un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis avril 2009, sans évolution significative depuis lors. Les défauts de l'expertise de l'Hôpital Z. _____ sont très clairement mis en évidence par l'expert.

Le Dr B. _____ estime que l'atteinte psychiatrique justifie une incapacité de travail de 50% depuis avril 2009, rejoignant ainsi la Dresse J. _____. Après un reconditionnement d'environ 6 mois, l'assuré pourrait retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles restent celles décrites par la Clinique L. _____ dans le rapport du 12 janvier 2007.

Si des mesures de réinsertion sont entreprises, une révision devrait être prévue 6-8 mois après le début de l'activité. »

c) Le 16 juin 2011, l'office AI a rendu un projet d'acceptation de rente, annulant les projets du 4 septembre 2008 et du 15 juin 2011 et octroyant à l'assuré une demi-rente, basée sur un taux d'invalidité de 50%, du 26 août 2006 au 31 mars 2007, puis un quart de rente, pour un taux d'invalidité de 40% du 1^{er} août 2009 au 31 octobre 2009 avant de rétablir le droit à une demi-rente, fondée sur un taux d'invalidité de 50%, dès le 1^{er} novembre 2009.

Par lettre du 13 juillet 2011, la Dresse V. _____ a informé l'office AI que son patient avait subi le 17 juin précédent une crise convulsive généralisée consécutive à un malaise avec chute d'une hauteur de 2 m. Elle a ajouté que l'imagerie radiologique effectuée à cette occasion avait mis en évidence une hémorragie cérébrale avec fracture du rocher bilatéral, ainsi que des séquelles de contusions fronto-temporales gauches. Elle se demandait si l'origine de cette crise convulsive n'était pas

due aux séquelles de l'accident dont il avait été victime en 2005. Ce nouvel élément justifiait selon elle la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Elle a notamment joint un rapport non daté (indexé au 13 juillet 2011) du Service de neurochirurgie de l'Hôpital Q._____, dans lequel l'assuré a séjourné du 18 juin au 27 juin 2011.

Le Dr D._____ s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 21 juillet 2011 :

« Le rapport de la Dresse V._____ fait état d'une chute d'une hauteur de 2 m avec crise convulsive tonico-clonique et perte de connaissance le 17 juin 2011. Il s'agit d'un élément nouveau imposant une instruction médicale complémentaire, mais qui ne remet pas en question la position adoptée antérieurement à cet accident.

Avant toute expertise, il convient de savoir si l'assuré bénéficie d'un suivi neurologique/neurochirurgical. Nous savons par ailleurs qu'il a été transféré à l'Hôpital E._____ ; un rapport de cet établissement nous sera utile.

En tout état de cause, l'atteinte actuelle justifie une incapacité de travail totale depuis le 17 juin 2011 à ce jour. »

Le 22 juillet 2011, l'assuré, désormais représenté par Me Georges Reymond, avocat, a présenté des objections à l'encontre du préavis du 16 juin 2011. Il s'est plaint en premier lieu que l'administration n'y ait pas fait état des douleurs dont il prétend toujours souffrir. En outre, il a considéré que l'expertise psychiatrique réalisée à l'Hôpital Z._____ en 2010 était particulièrement fouillée et qu'elle devait être suivie lorsqu'elle retenait qu'il ne pouvait exercer aucune activité adaptée à son état de santé, fût-ce à temps partiel. Il a ainsi reproché à l'office AI de ne pas avoir discuté dans son projet de décision des conclusions de cette expertise en les confrontant à celles du Dr B._____, pas plus qu'il n'a pris en compte les rapports du Dr X._____, en particulier celui daté du 26 février 2010. Il a enfin signalé le malaise dont il a été victime à la mi-juin 2011. Il demandait en conséquence que l'office AI rende une décision en tenant compte des éléments avancés.

A la demande du Dr D._____, l'office AI a encore recueilli divers renseignements à propos de l'état neurologique de l'assuré.

Dans un avis médical du 20 juin 2012, ce médecin s'est exprimé en ces termes :

« Mon avis du 14 mars 2012 prévoyait de réinterroger les neurochirurgiens pour leur demander de se prononcer sur la capacité de travail en janvier 2012.

En lieu et place, nous recevons un bref rapport de la Dresse V._____, médecin traitant, faisant état d'une légère aggravation avec douleurs temporales droites, hémiparésie faciale droite, vertiges, troubles de la marche et de l'équilibre. La capacité de travail serait nulle dans toute activité.

Ces indications vont à l'encontre de l'évolution décrite par les neurochirurgiens qui ne décrivaient que des troubles cognitifs modérés.

Dans ces conditions, je demande une expertise neurologique dont le mandat peut être confié au Dr T._____, spécialiste FMH, Lausanne. Nous laissons la liberté à l'expert de faire effectuer un examen neuropsychologique s'il le juge nécessaire. »

Daté du 19 novembre 2012, le rapport du Dr T._____, spécialiste en neurologie, contient, après une brève anamnèse, un résumé de l'évolution de l'état de santé de l'assuré et des thérapies entreprises (pp. 1-19), le résumé des plaintes et données subjectives le concernant (pp. 20 et 21) puis rend compte des examens cliniques pratiqués (neurologique, neuropsychologique ainsi que radiologiques avec en outre la réalisation d'un électroneuromyogramme et d'un électroencéphalogramme) (pp. 21-24). Il a ensuite posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après mise en place d'un neurostimulateur épimédullaire (2009) et de traumatisme crânio-cérébral sévère sur crise(s) comitiale(s) partielle(s) inaugurale(s) avec généralisation secondaire le 17 juin 2011. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des lombo-sciatalgies droites atypiques persistantes après fracture transverse de L1(-L2) en 2005. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic » :

« M. K._____ est un homme âgé actuellement de 51 ans, marié, père de deux filles âgées respectivement de 21 et 18 ans, d'origine espagnole, sans formation professionnelle, mais ayant toujours travaillé dans le bâtiment comme maçon, puis comme façadier chef d'équipe à un taux de 100%.

M. K. _____ est un homme en bonne santé habituelle jusqu'au 26 août 2005 où, monté sur un escabeau pour fixer des stores, l'escabeau glisse et M. K. _____ chute en arrière, heurtant du dos le cadre d'une porte-fenêtre.

D'après les éléments à notre disposition, il n'y a pas eu de perte de connaissance, mais apparition immédiate d'importantes douleurs dorso-lombaires.

Les investigations pratiquées vont finalement mettre en évidence des fractures des apophyses transverses droites de L1 et vraisemblablement de L2. Les bilans radiologiques pratiqués en contrôle montreront une consolidation normale des fractures mais l'évolution sera caractérisée par la persistance d'importantes douleurs lombaires avec irradiations dans le membre inférieur droit selon un trajet plutôt externe malgré de nombreuses mesures thérapeutiques ambulatoires et lors de deux séjours à la Clinique L. _____ et malgré également un traitement intensif de réhabilitation à Hôpital R. _____.

Les examens pratiqués ne démontreront pas de lésion neurologique ni d'explication orthopédique claire aux troubles et il sera conclu à des douleurs d'origine vraisemblablement dégénérative sur dysbalance musculaire et altérations dégénératives disco-vertébrales mineures.

La situation va se compliquer très significativement suite à la mise en place (difficile) d'un stimulateur épimédullaire qui, aux dires du patient, améliorera quelque peu les douleurs mais sera entachée d'effets secondaires difficilement tolérables suivant la position des électrodes.

En raison des éléments susmentionnés, M. K. _____ reprendra tout d'abord à 50% son activité professionnelle considérablement aménagée, mais, suite à la mise en place du stimulateur, cessera toute activité professionnelle en raison de l'impossibilité de lever les bras, de se déplacer en terrain inégal, etc.

Sur le plan asséculo-logique, les médecins de la Clinique L. _____ reconnaîtront à M. K. _____ une capacité de travail de 50% dans son activité préalable et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles bien décrites dans le dossier.

Les troubles somatiques se compliqueront d'un état anxio-dépressif réactionnel pour lequel les médecins-psychiatres de l'Hôpital Z. _____ retiendront une incapacité de travail complète et le Dr B. _____ une incapacité partielle de 50%.

Le deuxième problème présenté par M. K. _____ interviendra le 17 juin 2011 où, alors qu'il était en visite à [...], M. K. _____ va présenter (d'après la description donnée par l'épouse), un malaise caractérisé par un automatisme, suivi d'un cri, puis d'une perte de connaissance avec convulsions, chute d'une hauteur de 2 mètres et choc crânien lequel entraînera un traumatisme crânio-cérébral avec fracture du rocher droit, contusion fronto-temporale gauche et des

lésions cortico-sous-corticales multiples évoquant des foyers de contusion. Il ne sera pas mis en évidence de processus expansif ni de processus malformatif vasculaire.

Les différents examens neurologiques pratiqués dès l'admission à l'Hôpital Q._____ ne révéleront aucune lésion neurologique proprement dite chez un patient orienté aux trois modes et présentant un score de Glasgow à 15/15. Les examens neuropsychologiques pratiqués en 2011 et en janvier 2012 démontreront par contre des troubles neuropsychologiques portant sur la mémoire, les fonctions exécutives, le langage avec également un ralentissement psychomoteur, des difficultés attentionnelles et une fatigabilité.

Dans les suites de l'événement du 17 juin 2011, M. K._____ va se plaindre et se plaint encore de céphalées, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une fatigue et d'une fatigabilité, de sensations vertigineuses notamment aux changements de position brusques de la tête et d'une surdité droite, ceci dans un contexte d'altération thymique à caractère dépressif et anxieux.

Le traitement actuel comporte Tramal, Minalgine, stimulateur épimédullaire, Citalopram, Keppra et Zoldorm.

Les médecins-traitants sont la Drsse V._____, le service de neurochirurgie de l'Hôpital Q._____, la Dresse J._____, psychiatre.

En résumé, chez un patient collaborant, mais assez plaintif, « noyé » par ses problèmes somatiques, l'examen neurologique révèle une limitation modérée sensible localement de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, toutefois sans contracture significative de la musculature paravertébrale. Les points de Valleix fessiers droits restent sensibles. La marche spontanée se fait avec hésitations, parfois boiterie. La station sur la pointe des pieds et sur les talons est intenable en raison apparemment de la provocation d'à-coups du stimulateur. Il n'y a pas d'instabilité significative à la station pieds-joints, à l'épreuve de Romberg et à la marche un pied devant l'autre. L'examen des paires crâniennes révèle une possible hypoesthésie tactile et douloureuse faciale droite avec une diminution du réflexe cornéen droit et une hypoacousie apparemment bilatérale. L'examen des membres supérieurs et du tronc est sans particularité. A l'examen des membres inférieurs, on retrouve une manoeuvre de Lasègue un peu sensible en fin de mouvement à droite et on note des troubles sensitivo-moteurs non observés préalablement, sans substrat somatique objectivable caractérisés par un ralentissement des mouvements rapides à droite et une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur droit alors que la trophicité, la force musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés.

L'ENMG du membre inférieur droit est superposable à celui pratiqué à la Clinique L._____, ne révélant pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit avec des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches typiques de lâchages.

L'EEG est également rassurant, révélant une discrète bradydysrythmie diffuse aspécifique sans figure épileptogène ni signes de focalisation/latéralisation.

L'examen neuropsychologique est globalement superposable à celui pratiqué en janvier 2012, mettant en évidence un dysfonctionnement exécutif et attentionnel modéré à sévère, des troubles mnésiques antérogrades légers à modérés en modalité verbale, un manque du mot en conversation, une fatigue et une fatigabilité.

Sur la base des éléments susmentionnés, Mme H. _____ estime que le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de façon significative l'autonomie du patient dans les situations complexes et dans les activités faisant appel à ses capacités de prise d'initiative, de planification et d'auto-contrôle. Le ralentissement, la fatigabilité et le manque d'endurance diminuent le rendement. Les troubles mnésiques ne permettent pas au patient de se fier à sa mémoire de telle sorte qu'il devrait être contraint d'user de notes écrites et une check-liste. En outre, la supervision d'une tierce personne pour une éventuelle activité professionnelle est souhaitable.

Nous avons revu l'ensemble des documents radiologiques à disposition. Les documents radiologiques effectués pour le problème lombaire révèlent une fracture de l'apophyse transverse de L1 et probablement de L2 d'évolution radiologiquement favorable avec consolidation. Ces examens mettent en évidence également de discrets troubles statiques et dégénératifs disco-vertébraux toutefois sans rétrécissement du diamètre du canal rachidien, sans protrusion/hémie discale significative et sans rétrécissement significatif des trous de conjugaison. Il est noté des séquelles de Scheuermann. Les radiographies fonctionnelles de la colonne lombaire ne révèlent pas d'instabilité pathologique.

Les examens radiologiques cérébraux pratiqués dans les suites de l'événement accidentel du 17 juin 2011 révèlent indubitablement une fracture du rocher droit, une hémorragie sous-arachnoïdienne convexitaire pariétale gauche et des zones de contusion notamment hémorragiques au niveau fronto-temporal gauche ainsi que des lésions cortico-sous-corticales multiples évoquant des foyers de contusion multiple.

Aux dires du radiologue, l'évolution des lésions susmentionnées a été tout à fait favorable, avec disparition de ces dernières lors de l'examen IRM de contrôle.

Au terme du présent bilan et compte tenu des examens pratiqués préalablement, sur un plan somatique, M. K. _____ présente tout d'abord des douleurs lombaires avec irradiations dans le membre inférieur droit apparues dans les suites d'un traumatisme d'évolution objectivement favorable puisque les examens à disposition ont montré une consolidation des fractures et l'absence d'autres lésions post-traumatiques objectivables. Les spécialistes de médecine physique appelés à examiner M. K. _____ ont conclu à de probables troubles possiblement d'origine dégénérative et sur dysbalance musculaire mais l'ensemble des examens pratiqués

jusqu'ici n'a en tous les cas pas démontré de lésions neurologiques expliquant les plaintes, notamment pas de lésion radiculaire, plexuelle ou tronculaire. D'un point de vue strictement neurologique, je ne peux donc pas retenir de pathologie significative justifiant d'un point de vue neurologique la reconnaissance d'une incapacité de travail dans quelque activité que cela soit pour les douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit présentées par M. K._____. Par contre, il apparaît évident que la mise en place du stimulateur épimédullaire réalisée finalement par le Dr A._____ a été particulièrement difficile et que la présence de ce stimulateur entraîne actuellement des effets secondaires importants avec provocation de décharges électriques violentes lors de certaines positions (efforts) entraînant une altération de la capacité de travail en tous les cas dans toute activité autre que sédentaire. Pour cette composante des problèmes, j'estime qu'actuellement, d'un point de vue neurologique, M. K._____ présente probablement une incapacité de travail complète dans l'activité exercée préalablement mais une capacité de travail complète dans une activité sédentaire se faisant essentiellement en position assise, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges de plus de 10 kilos, ne nécessitant pas des déplacements importants, notamment en terrain inégal.

S'agissant des douleurs à caractère lombosciatalgique présentes préalablement, il est évident que la reconnaissance d'une pleine capacité de travail du point de vue neurologique ne veut pas dire qu'il n'existe pas une composante orthopédique aux troubles qui pourraient justifier une telle incapacité. Je n'objective néanmoins pas clairement une telle atteinte à la lecture du dossier et à l'examen du patient.

En ce qui concerne l'épisode du 17 juin 2011, la description du malaise donnée par Mme K._____ évoque en premier lieu une crise comitiale généralisée à point de départ partiel (crise temporale) suivie d'un traumatisme crânio-cérébral secondairement à la chute plutôt qu'une crise comitiale induite par une chute accidentelle. L'origine exacte de cette crise comitiale est jusqu'ici indéterminée, l'accident d'août 2005 n'ayant à ma connaissance pas entraîné de traumatisme crânio-cérébral contrairement à ce qui est noté quelque part dans le dossier. Les examens complémentaires n'ayant pas démontré de malformation artério-veineuse, de processus expansif, ceci confirmé par l'IRM cérébrale de contrôle, il faut conclure à une crise comitiale inaugurale d'origine indéterminée suivie d'un traumatisme crânio-cérébral sévère.

Sur un plan strictement neurologique, les conséquences objectives du TCC sont mineures puisque le patient ne présente actuellement pas de déficit neurologique hormis une possible discrète atteinte sensitive faciale droite (les troubles au niveau du membre inférieur droit étant sans substrat objectif).

Sur le plan neuropsychologique, les conséquences du TCC sont apparemment plus importantes avec un dysfonctionnement exécutif et attentionnel, des troubles mnésiques, un ralentissement, une fatigue et une fatigabilité et sur le plan subjectif des maux de tête, des troubles de la mémoire et de la concentration, etc. Les troubles sont probablement d'origine post-traumatique. Néanmoins, il n'est

pas possible, dans le contexte, d'écarter des facteurs psychologiques au vu du caractère des déficits (attention, fonction exécutive, mémoire) que l'on peut également observer lors d'états dépressifs.

Actuellement, quelle qu'en soit l'origine, les troubles neuropsychologiques représentent une cause d'incapacité de travail complète dans l'activité professionnelle exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité professionnelle lucrative potentiellement exigible même simple.

Etant donné que le laps de temps écoulé depuis l'événement du 17 juin 2011 est relativement bref, il est possible qu'une amélioration ultérieure sur le plan post-traumatique et psychologique se produise autorisant éventuellement la reprise d'une activité professionnelle simple répétitive, sans responsabilité. Il est par contre probable que les suites de l'événement accidentel cérébral n'autoriseront vraisemblablement plus la reprise de l'activité professionnelle telle que celle exercée préalablement même en dehors des problèmes algiques et de l'état anxio-dépressif.

En conséquence de l'événement du 17 juin 2011, je retiens donc une incapacité de travail actuellement complète avec une réappréciation si nécessaire du cas dans un délai de 1 à 2 ans (avec nouveau bilan neuropsychologique).

Sur le plan thérapeutique, pour ce qui est des conséquences de l'événement du 17 juin 2011, il convient de poursuivre le traitement de Keppra. Par ailleurs, il convient de poursuivre le traitement de Tramal, de Minalgine et le support psychologique par la Dresse J._____. S'agissant du stimulateur épimédullaire, on peut se poser la question de l'indication à la poursuite de ce traitement compte tenu de ses effets secondaires apparemment plus délétères que ses effets bénéfiques. Une tentative d'arrêt momentané du stimulateur pourrait être faite afin de juger plus précisément du pour et du contre de la poursuite de ce traitement, et éventuellement accessoirement de la capacité de travail résiduelle après interruption de la stimulation et de ses effets secondaires ceci malgré les difficultés qu'il y a eu à le mettre en place.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique :

Activité uniquement sédentaire, sans déplacement notamment en terrain inégal, sans port de charges (plus de 10 kilos), sans engagement physique lourd, sans élévation des bras dans le cadre de l'activité professionnelle (à cause du stimulateur). Les limitations précitées sont, d'un point de vue strictement neurologique, liées essentiellement aux conséquences du stimulateur et non aux douleurs spontanées présentes préalablement.

Au plan psychique et mental :

Les différents bilans neuropsychologiques montrent la présence d'altérations neuropsychologiques importantes portant sur la

mémoire, les fonctions exécutives et attentionnelles, le langage. A cela s'ajoutent une fatigue et une fatigabilité et les altérations thymiques déjà notées par les psychiatres.

Au plan social :

Apparemment bonne intégration mais ...

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

Sur le plan strictement neurologique, les douleurs dont se plaint M. K._____ suite à l'évènement accidentel du 26 août 2005 ne trouvent pas d'explication radicaire ou autre. Il n'y a donc pas stricto sensu d'incapacité de travail du point de vue neurologique sur ce plan. Par contre, les effets secondaires de la mise en place du stimulateur entraînent semble-t-il du point de vue neurologique une incapacité de travail complète dans l'activité exercée préalablement. Dans une activité adaptée (sédentaire), la capacité de travail du point de vue strictement neurologique et pour les seules conséquences de l'évènement accidentel du 26 août 2005 est en principe complète.

En raison des conséquences du malaise intervenu le 17 juin 2011 et surtout du traumatisme crânio-cérébral provoqué par la chute, M. K._____ présente du point de vue neuropsychologique une incapacité de travail actuellement complète et persistante depuis le 17 juin 2011. Il est possible qu'une amélioration intervienne ultérieurement, mais à un degré difficilement précisable actuellement, raison pour laquelle un contrôle neurologique et neuropsychologique devrait être envisagé dans un délai de 1 à 2 ans selon l'évolution.

Aux éléments somatiques s'ajoutent sur la base des bilans psychiatriques une incapacité de travail de 50 ou de 100% selon les appréciations, les troubles psychiques entraînant de toute façon une péjoration des conséquences somatiques des différents problèmes de santé et agissant de façon défavorable sur la capacité de travail somatique médico-théorique résiduelle.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

En l'état actuel de santé somatique et psychologique du sujet, des mesures de réadaptation professionnelle sont inenvisageables.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Il n'y a actuellement pas de mesures médicales, de moyens auxiliaires ou d'adaptation du poste de travail susceptibles d'améliorer la capacité de travail dans le poste exercé préalablement par M. K._____ qui, rappelons-le, avait déjà été adapté dans toute la mesure du possible.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

En ce qui concerne les seules conséquences de l'événement accidentel du 26 août 2005, sur le plan strictement neurologique, il n'y a pas d'incapacité de travail jusqu'au moment où le stimulateur épimédullaire a été mis en place. Depuis la mise en place de ce dernier, sur un plan strictement neurologique, l'activité exercée préalablement n'est plus exigible mais le patient pourrait théoriquement travailler dans une activité sédentaire, soit une activité se déroulant en position assise, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges de plus de 10 kilos et sans déplacements autres que très courts (10 mètres). Malheureusement, suite à l'événement du 17 juin 2011 ayant entraîné un TCC sévère, les conséquences neuropsychologiques de ce dernier n'autorisent actuellement pas la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit dans le circuit économique normal. On pourrait éventuellement envisager un travail en milieu protégé, avec une surveillance constante, un taux de présence initial de 50%, sans notion de rendement, mais il est difficile de dire si M. K. _____ tolérerait psychologiquement une telle activité.

Comme mentionné plus haut, étant donné tout de même un potentiel évolutif éventuellement partiellement favorable sur le plan neuropsychologique et thymique, une révision de la capacité de travail devrait en principe être envisagée 1 à 2 ans après le présent bilan. »

Dans un avis médical du 5 décembre 2012, le Dr D. _____ s'est rallié aux conclusions de l'expert T. _____.

Le 25 mars 2013, l'assuré a transmis à l'office AI la prise de position datée du 27 février 2013 du Prof. X. _____ au sujet de l'expertise du Dr T. _____. Elle était libellée en ces termes :

« (...)

Je peux en premier lieu constater que cette expertise a été effectuée d'une façon très consciencieuse et détaillée, avec un exposé de vos problèmes médicaux approprié dans une présentation détaillée. Je ne suis évidemment compétent pour m'exprimer que sur le point dans lequel j'ai été impliqué. C'est sur ce point précis que j'aimerais apporter un complément d'information susceptible d'apporter un autre regard que celui du Dr T. _____ sur les douleurs apparues après votre accident en 2005.

La localisation de votre fracture de l'apophyse transverse L1 à droite, qui a été suivie immédiatement par l'apparition de douleurs pour lesquelles je vous ai pris en charge, est parfaitement située du point de vue anatomique au niveau du ramus postérieur de la racine qui émerge entre les vertèbres D12 et L1.

Des tests diagnostiques ont été effectués par injections d'anesthésie locale directement ciblées sur ce nerf qui est responsable en partie

de l'innervation de l'articulation L1-L2 et évidemment également du territoire anatomique qui s'étend jusque sur la fesse gauche externe. Ce type de test, quand il est positif, peut être interprété soit comme le signe d'une lésion dans le territoire innervé par le nerf en question, soit comme le signe de douleurs provenant directement d'un nerf endommagé.

Nous avons effectué un traitement par dénervation par radiofréquence de l'articulation D11-D12 avec un résultat négatif, ce qui laisse entendre que la fracture de l'apophyse transverse a provoqué une lésion du ramus postérieur et non de l'articulation innervée par ce même nerf. Les tests pharmacologiques effectués ont renforcé cette notion.

Dans ce contexte, le seul traitement efficace a été une stimulation médullaire. Elle vous a apporté un soulagement hautement significatif au départ mais ce début encourageant a malheureusement été suivi de dislocations à répétition de l'électrode entraînant une perte de la stimulation dans le territoire douloureux. Ce problème n'a pas pu être résolu de façon satisfaisante avec la mise en place d'une plaque de stimulation par une mini-laminectomie effectuée par le Dr A._____.

Le point sur lequel je ne suis pas d'accord avec les conclusions du Dr T._____ est que c'est cette dernière intervention qui a amené une incapacité de travail totale. Selon ce que j'ai noté tout au long de votre prise en charge au Centre [...] est que vous avez tout fait pour reprendre votre activité professionnelle mais que vous n'avez pas pu trouver une analgésie suffisamment efficace à cause de problèmes techniques répétés de la stimulation médullaire. En comparaison, quand cette stimulation fonctionnait bien, vous avez été capable de travailler à 50%. Je note également que vous n'avez pas souhaité qu'on retire le matériel de stimulation car il vous a quand même aidé en partie si vous adaptiez votre activité.

J'aimerais ainsi que le Dr T._____ revoie les recommandations qu'il a présentées dans son expertise en considérant que votre incapacité de travail complète est à compter à partir de la mise en place de l'électrode chirurgicale qui n'a pas permis de résoudre le problème. »

Se prononçant sur les remarques formulées par le Prof. X._____, le Dr D._____ a écrit ce qui suit dans un avis médical du 29 avril 2013 :

« Si je comprends bien les propos du Prof. X._____, la mise en place d'une électrode de stimulation médullaire a apporté un « soulagement hautement significatif au départ ». Pour cette raison déjà, on ne peut pas retenir la date d'implantation comme début de l'incapacité de travail totale. Pour preuve, le Prof. X._____ s'exprimait en faveur d'une rente à 50% (et donc d'une capacité de travail résiduelle de 50%) dans un rapport de mars 2009, propos répétés en juin 2009.

Autre argument déjà développé dans mon avis du 24 juillet 2009 : « il n'y a pas d'élément médical objectif témoignant d'une péjoration de l'état de santé. Dans le pire des cas, la mise en place d'une électrode médullaire n'a aucun effet antalgique ; on se retrouve donc dans la situation qui prévalait à la sortie de la Clinique L._____. Dans le meilleur des cas, on obtient une amélioration de 60% des douleurs. Dans les deux cas, l'exigibilité reste celle déterminée par les spécialistes de la Clinique L._____ à l'issue d'examens multidisciplinaires et d'un stage d'observation des aptitudes professionnelles ».

Enfin, selon l'expert T._____, ce ne sont pas les douleurs qui justifient l'incapacité de travail totale, mais les séquelles neuropsychologiques de l'accident de juin 2011.

Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons pas revenir sur notre position. »

Le 27 juin 2013, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

« Depuis le 26 août 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements en notre possession, vous travailliez en qualité de chef de chantier chez W._____ SA dès le 1^{er} mars 1996.

En date du 26 août 2005, vous avez été victime d'un accident sur le lieu de votre activité professionnelle. Vous avez fait une chute depuis un échafaudage, vous heurtant le bas du dos contre une porte. A la suite de cet accident, vous avez présenté une incapacité de travail complète. Dès le 6 mars 2006, vous avez pu reprendre votre activité pour un taux de 50% moyennant quelques aménagements de votre poste de travail.

Vous avez séjourné à la Clinique L._____ du 25 octobre au 5 décembre 2006. A la fin du séjour, il est confirmé que du point de vue médical, votre capacité de travail en qualité de maçon isoleur est raisonnablement exigible à raison d'un taux de 50%. A la suite de ce séjour vous avez été convoqué à la SUVA par le médecin d'arrondissement en vue d'un examen médical final qui s'est déroulé le 7 août 2006.

Il ressort de cet examen que des mesures professionnelles peuvent être mises en place du fait que dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% à compter du jour de l'examen en question. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de travail dans des postures difficiles sur des échafaudages.

Nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 26 août 2006, vous présentez un degré d'invalidité de 50%, qui vous donne droit à une demi-rente.

Votre capacité de travail étant exigible à 100% dans une activité adaptée à compter du 7 décembre 2006, nous avons mandaté notre service de réadaptation en vue d'une orientation professionnelle.

Au cours des entretiens avec notre service de réadaptation, vous avez affirmé que vous n'étiez pas en mesure de travailler à plus de 50%, même dans un emploi adapté. Nous avons donc complété l'instruction médicale de votre dossier et l'avons également transmis au Service Médical Régional AI (SMR) pour déterminer s'il y avait des modifications quant au taux de votre capacité de travail dans une activité adaptée. Selon le SMR, qui s'est prononcé le 8 juillet 2008, le statut clinique est superposable à celui de 2007 et maintient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Au cours du dernier entretien avec notre conseiller en vue de vous octroyer des mesures professionnelles, vous contestez ce taux d'activité de 100% dans un emploi adapté. Vous estimez être à votre maximum à 50%. Vos douleurs vous empêchent de travailler à plus de 50%, voire vous former quelle que soit l'activité. Par conséquent, nous allons déterminer votre revenu d'invalidé par une approche théorique.

Au vu du calcul ci-dessous, votre préjudice économique (34%) est important et aurait pu être réduit par des mesures professionnelles notamment chez votre employeur actuel.

Votre préjudice économique découle du calcul suivant :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur

le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53'277.59.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	80'925.00		
avec invalidité	CHF	53'277.60		
La perte de gain s'élève à	CHF	27'647.40	=	un degré
d'invalidité de 34.16%				

Au vu de ce qui précède, à partir du 26 août 2006, soit après le délai d'attente d'une année, le droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50% est reconnu jusqu'au 31 mars 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI, susmentionné.

En effet, par la suite, votre degré d'invalidité étant inférieur à 40% (préjudice économique de 34 %), le droit à la rente n'est plus ouvert.

Suite à votre contestation du 13 octobre 2008 à l'encontre de notre projet d'acceptation de rente limitée dans le temps du 4 septembre 2008, nous avons complété l'instruction médicale de votre dossier, notamment en effectuant deux expertises psychiatriques.

Il ressort, effectivement, de cette instruction complémentaire que votre état de santé s'est aggravé à partir d'avril 2009 et que depuis cette date, vous présentez une incapacité de travail et de gain de 50%, en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

S'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé, il y aurait eu lieu d'introduire un nouveau délai d'attente d'une année.

Toutefois, et au vu de votre préjudice économique de 34%, nous avons procédé à une invalidité moyenne sur une année. Votre degré d'invalidité atteint ainsi en moyenne 40% en août 2009, ce qui vous ouvre le droit à un quart de rente. Celui-ci est remplacé par une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2009, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 2, RAI, précité.

Le 17 juin 2011, votre état de santé s'est à nouveau péjoré suite à un nouvel accident. Il ressort des pièces médicales et de l'expertise effectuée par le Dr T. _____ le 14 septembre 2012, qu'à partir du 17 juin 2011, vous présentez une totale incapacité de travail et de gain dans toute activité, le degré d'invalidité alors présenté est de 100%.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Vous avez droit à :

- une demi-rente (50%) du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2007,

- un quart de rente (40%) du 1^{er} août 2009 au 31 octobre 2009,
- une demi-rente (50%) dès le 1^{er} novembre 2009 au 31 août 2011,
- une rente entière (100%) dès le 1^{er} septembre 2011, soit 3 mois après l'aggravation du 17 juin 2011. »

Le 31 juillet 2013, l'assuré a soulevé des objections à l'encontre de ce préavis. En premier lieu, il a contesté le degré d'invalidité de 40% retenu pour la période du 1^{er} août 2009 au 31 octobre 2009. Se référant au rapport du Prof. X. _____ du 27 février 2013, il a souligné que, selon lui, il présentait déjà une incapacité de travail avant la mise en place du stimulateur et que celui-ci n'avait en rien contribué à améliorer la situation. Dans le même sens, il a indiqué que, dans une lettre du 26 juin 2009, le Prof. X. _____ avait retenu une incapacité de travail de 50% à la suite des problèmes survenus après la pose du stimulateur médullaire. Ainsi, du mois d'août au mois d'octobre 2009, l'assuré a souffert de la pose d'une électrode ayant amplifié ses douleurs et l'ayant rendu encore moins apte à exercer une activité lucrative. Il était dès lors peu probable que, dès le 1^{er} août 2009, il eut retrouvé une capacité de travail lui donnant droit à un quart de rente seulement. Il a aussi observé que, dans un courrier du 26 février 2010, le Prof. X. _____ lui déniait toute aptitude à effectuer une quelconque activité physique (et même non physique) dans la mesure où seule la position statique était tolérée. La reprise d'un travail fût-ce à temps partiel, n'entrait dès lors pas en ligne de compte. Du reste, les Dresses U. _____ et P. _____ étaient d'avis que sa capacité de travail était nulle depuis le 24 janvier 2009. L'assuré a par ailleurs constaté que, dans son rapport du 19 mars 2007, le Dr G. _____, médecin-conseil de l'assureur perte de gain, avait conclu à la poursuite de l'indemnisation à 50% pour une période restant à fixer. Il convenait donc d'en déduire qu'au 31 mars 2007, date à laquelle l'office AI avait mis un terme au service d'une demi-rente d'invalidité, il n'avait pas encore recouvré une pleine capacité de travail. Il a encore allégué souffrir de maux de dos - qui n'auraient jamais été investigués - ainsi que de séquelles au cerveau entraînant des vertiges. S'agissant de la comparaison des gains, l'assuré a estimé que c'était un abattement de 20% et non de 10% qui devait être retenu au vu de son âge et de son

incapacité totale de travailler ce qui portait le revenu annuel d'invalidé à 47'357 fr. 85, d'où un degré d'invalidité de 41,47%. En conclusion, l'assuré demandait qu'un nouveau projet de décision soit rendu en tenant compte, plus particulièrement, des observations du Prof. X. _____ figurant dans sa prise de position du 27 février 2013.

Dans une lettre du 22 novembre 2013 au conseil de l'assuré, l'office AI s'est déterminé en ces termes sur les griefs développés dans son écriture du 31 juillet 2013 :

« Nous faisons référence à votre contestation de notre projet d'acceptation de rente du 27 juin 2013 et sommes en mesure de nous déterminer de la manière suivante :

Le litige porte essentiellement sur l'aspect médical du dossier ainsi que sur le calcul du préjudice économique.

S'agissant de l'aspect médical du dossier, nous rappelons que votre mandat a fait l'objet de plusieurs expertises ; deux au niveau psychiatrique, ainsi qu'une expertise effectuée par un expert neurologue.

L'expertise effectuée à l'Hôpital Z. _____ avait conclu à un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Le Service Médical Régional (SMR), n'étant pas convaincu par la valeur probante de celle-ci, notamment au sujet des critères médicaux à prendre en compte pour qualifier l'épisode dépressif de sévère a réinterrogé les experts. En effet, selon la nomenclature médicale internationale, c'est le nombre de critères/symptômes qui permet de définir la gravité d'un épisode dépressif en trois catégories : léger, moyen, sévère. Les Dresses U. _____ et P. _____, suite à l'interpellation du SMR, ont répondu que les critères-symptômes (en nombres insuffisants) étaient eux-mêmes sévères, de sorte que le trouble dépressif l'était lui aussi. Ce raisonnement ne peut être suivi.

Une nouvelle expertise psychiatrique a par conséquent été mise sur pied.

Cette dernière a été réalisée par le Dr B. _____ qui a conclu à un état dépressif moyen. Ce dernier explique par ailleurs les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis des précédents experts. Cette expertise, claire et dûment motivée, ne souffre d'aucune contradiction : elle remplit par conséquent toutes les conditions pour avoir pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, de sorte que nous n'avons aucune raison de nous en écarter.

Le Dr B. _____ relève en effet que la Dresse P. _____ décrit un patient qui parle avec passion et fierté de son métier avec un discours cohérent et informatif, donnant des explications détaillées ; néanmoins, elle reprend dans son status psychique les plaintes subjectives de M. K. _____ concernant un trouble de la

concentration et de la mémoire qui contrastent cependant avec ses propres observations. Malgré ces incohérences entre le status clinique et les déclarations subjectives de Monsieur K._____, la Dresse P._____ renonce à mettre en relation les déclarations concernant une perte de plaisir avec une description de la vie quotidienne ou des activités sociales. Selon Monsieur K._____, ces activités sont cependant restées inchangées depuis le début de ses problèmes psychiques et présentent des éléments incompatibles avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère, comme le plaisir de participer à des rencontres familiales et des excursions pour se baigner dans la mer. En conséquence, ni l'anamnèse, ni l'ensemble des pièces au dossier ne permet de retenir la survenue, même transitoire, d'un épisode dépressif sévère.

Au vu de ce qui précède, nous devons admettre une incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique de 50% depuis le mois d'avril 2009.

Par la suite, votre mandant a été victime d'une chute qui justifie une incapacité de travail totale, ce qui n'est pas remis en question par l'expertise neurologique effectuée en date du 14 septembre 2012. Nous ne pouvons comme requis par le Prof. X._____ retenir la date d'implantation de l'électrode de stimulation médullaire comme début de l'incapacité de travail totale. Aucun élément médical objectif ne témoigne d'une péjoration de l'état de santé. Dans le pire des cas, la mise en place d'une électrode médullaire n'a aucun effet antalgique. On se retrouve donc dans la situation qui prévalait à la sortie de la Clinique L._____, soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Enfin, les douleurs présentées par votre mandant ont été prises en compte par tous les intervenants médicaux. Il s'agit cependant d'un élément largement subjectif. Sans cause objective, cette dernière ne peut fonder une invalidité. Dans le cas de Monsieur K._____, nous avons considéré que les douleurs consécutives à la fracture de l'apophyse transverse L2 et l'arthrose lombaire justifient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de chef d'équipe / plâtrier.

Au vu de tout ce qui précède, les incapacités de travail suivantes peuvent être retenues :

- Incapacité de travail de 100% depuis le 28 mai 2005 avec capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle (réd. : sic !).
- Depuis le 7 décembre 2006, une capacité de travail de 100% est exigible dans une activité adaptée, moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles.
- Incapacité de travail de 50% dès avril 2009.
- Incapacité de travail totale dès le 17 juin 2011.

Nous ne pouvons que vous renvoyer aux termes du projet de décision litigieux quant aux rentes qui doivent être versées tenant compte des incapacités de travail précitées après calcul de l'invalidité moyenne.

S'agissant du calcul du préjudice économique et plus particulièrement de l'abattement de 10%, nous ne voyons pas de raison d'admettre un abattement plus conséquent que celui retenu.

En conclusion, les arguments avancés dans votre contestation n'étant pas de nature à modifier notre position, nous sommes dans l'obligation de maintenir cette dernière telle qu'elle ressort du projet litigieux. Vous recevrez prochainement de la caisse de compensation une décision formelle conforme au projet, décision contre laquelle il vous sera naturellement loisible de recourir. »

Par décision formelle du 4 avril 2014, l'office AI a accordé à l'assuré et à ses deux enfants des rentes d'invalidité selon les modalités suivantes :

- pour la période du 1^{er} août 2006 au 31 mars 2007, une demi-rente d'invalidité,
- pour la période du 1^{er} août 2009 au 31 octobre 2009, un quart de rente d'invalidité,
- pour la période du 1^{er} novembre 2009 au 31 août 2011, une demi-rente d'invalidité,
- dès le 1^{er} septembre 2011, une rente entière d'invalidité.

Les termes de la motivation étaient identiques à ceux du préavis du 27 juin 2013.

C. Par acte du 22 mai 2014, K._____, représenté par son conseil, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Sous suite de frais et dépens, il demande en substance sa réformation en ce sens qu'il a droit, en plus de ce qui lui a déjà été reconnu, à un quart de rente du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2009 et à une rente entière du 1^{er} février 2009 jusqu'au 31 août 2011, l'abattement devant être fixé à 20% au moins. A titre de mesures d'instruction, le recourant sollicite « la tenue d'une audience lors de laquelle il pourra faire entendre des témoins qui attesteront et établiront les taux d'invalidité mentionnés dans le présent recours. » En tant que de besoin, il requiert également la mise en œuvre d'une expertise, notamment sur sa situation médicale et sur la question des taux d'invalidité. Selon l'assuré, il est surprenant que l'office AI estime qu'il ait été à même d'exercer une activité à 100% durant deux ans, soit du 1^{er} avril 2007 au 31 juillet 2009. Il se réfère en cela à deux avis du Dr

G._____ (lettres des 19 mars et 15 mai 2007), à l'expertise psychiatrique réalisée par les Dresses U._____ et P._____ du 11 juin 2010, à une lettre du Dr N._____ du 3 avril 2008 à la Dresse V._____ et à un rapport de cette dernière du 16 juin 2008, tous produits en annexe à son écriture. Hormis les Dresses P._____ et U._____, selon lesquelles il présente une incapacité totale de travail depuis le 24 janvier 2009, tous les autres médecins précités sont d'avis que sa capacité de travail n'excède pas 50%. Le recourant fait aussi valoir que son droit aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain est définitivement épuisé depuis le 27 janvier 2010. N'ayant dès lors plus de revenu, il aurait droit à une rente entière entre le 1^{er} février 2009 et le 31 août 2011. Finalement, l'assuré estime insuffisant l'abattement de 10% opéré sur le revenu d'invalidé ; à son avis, un abattement de 20% « paraît beaucoup plus approprié. »

Dans sa réponse du 7 août 2014, l'office intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En guise de réponse aux arguments formulés par le recourant, il renvoie aux conclusions du rapport d'expertise du Dr B._____ du 27 mai 2011 et du Dr T._____ du 19 novembre 2012, ainsi qu'à sa prise de position du 22 novembre 2013.

Après moult demandes de prolongation, l'assuré a maintenu ses conclusions et ses réquisitions de preuves (toutefois sans indiquer le nom des témoins qu'il souhaite faire citer) en réplique du 30 avril 2015.

Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas procédé plus avant.

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.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Suivant les conclusions du recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à un quart de rente pour une période limitée, comprise entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 janvier 2009 et à une rente entière pour la période courant du 1^{er} février 2009 au 31 août 2011, ce qui revient à déterminer l'évolution de sa capacité résiduelle de travail durant ce laps de temps. Le recourant conteste aussi le taux d'abattement du revenu statistique.

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est

invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 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 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'évaluation du taux d'invalidité a, en principe, lieu par une comparaison du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (cf. art. 28a LAI et 16 LPGA).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de

l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

c) L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

d) 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Il convient par ailleurs de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat

thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 2.2, in SVR 2010 IV n° 15 p. 46 et les arrêts cités), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2).

Par ailleurs, 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Dans la décision dont est recours, l'office AI a tout d'abord considéré que, suite à son accident du 26 août 2005, l'assuré présentait une incapacité complète de travail, puis, à compter du 6 mars 2006, une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de maçon. Il lui a donc reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; dès le 1^{er} janvier 2008 : art. 28 al. 1 let. b LAI). A la suite d'examens médicaux pratiqués à la Clinique L. _____ et par le médecin d'arrondissement de la CNA, la capacité de travail exigible était de 100% dans une activité adaptée dès le 7 décembre 2006. L'octroi d'une demi-rente d'invalidité a donc pris fin au 31 mars 2007, soit après trois mois d'amélioration (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'assuré ayant contesté présenter une capacité de travail de 100%, l'office AI a déterminé le préjudice économique selon

une approche médico-théorique, conduisant à un degré d'invalidité de 34% (taux arrondi). Le recourant ayant ensuite invoqué une aggravation de son état de santé sur le plan psychique, l'administration en a tenu compte en admettant une péjoration dès le mois d'avril 2009. L'invalidité moyenne de 40% sur une année était ainsi atteinte au 1^{er} août 2009 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), d'où l'octroi d'un quart de rente jusqu'au 31 octobre 2009, suivi de l'allocation d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2009, soit après trois mois d'aggravation (cf. art. 88a al. 2 RAI), dès lors que le Dr B._____, à l'instar de la Dresse J._____, était d'avis que la capacité de travail exigible était de 50%. L'office intimé a alloué cette prestation jusqu'au 31 août 2011 motif pris que, dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2012, le Dr T._____ avait considéré que dès son traumatisme crânio-cérébral du 17 juin 2011, l'assuré présentait une incapacité totale de travail, d'où l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2011 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

Selon les conclusions de son recours, l'assuré demande, en plus de ce qui lui a déjà été reconnu, l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2009 et d'une rente entière du 1^{er} février 2009 jusqu'au 31 août 2011, se prévalant à cet égard de divers rapports médicaux. Dans cette mesure, il s'étonne que, pour la période courant du 1^{er} avril 2007 au 31 juillet 2009, l'office intimé ait pu lui reconnaître une capacité de travail entière.

b) Il s'appuie en premier lieu sur le rapport d'expertise psychiatrique du 11 juin 2010 des Dresses P._____ et U._____, selon lesquelles il présenterait, en raison d'un épisode dépressif, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, une incapacité totale de travail dans toute profession dès le 24 janvier 2009 (coïncidant avec l'implantation d'une électrode temporaire ; cf. p. 5 du rapport) jusqu'au 11 juin 2010 (p. 11). Ayant constaté que les critères d'un trouble dépressif sévère n'étaient pas réunis, le Dr D._____ demanda aux expertes précitées de lui indiquer les critères sur lesquelles elles s'étaient fondées pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F 32.2) plutôt que celui d'épisode dépressif léger, respectivement moyen. La réponse fournie

ne lui ayant pas permis de comprendre pour quels motifs le diagnostic d'épisode dépressif sévère avait été posé, faute de satisfaire aux critères tels que définis dans la CIM-10, le Dr D._____ en a conclu que le rapport des Dresses P._____ et U._____ était dépourvu de valeur probante, ce qui justifiait l'administration d'une seconde expertise psychiatrique. Celle-ci a eu lieu auprès du Dr B._____, lequel a déposé son rapport en date du 27 mai 2011. Ce dernier a retenu avec effet sur la capacité de travail l'existence d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), existant depuis avril 2009. A l'instar de la Dresse J._____ (cf. rapport du 14 octobre 2009), il a considéré que l'activité habituelle pouvait être exercée à 50% dès le mois d'avril 2009. L'office AI a entériné ce point de vue dans la décision querellée.

Le rapport du Dr B._____ répond à tous les critères susmentionnés pour lui conférer une pleine valeur probante. Comme le Dr D._____, il explique également de manière convaincante pourquoi les conclusions des expertes de l'Hôpital Z._____ ne peuvent être suivies. Les Drs B._____ et D._____ indiquent des éléments objectivement vérifiables qui ont été ignorés ou pas correctement interprétés par les expertes de l'Hôpital Z._____. Ainsi, il manque un certain nombre de critères-symptômes exigés pour pouvoir poser le diagnostic retenu par les expertes de l'Hôpital Z._____. Si le recourant souffrait effectivement d'un épisode de dépression sévère, on ne voit pas comment il aurait en particulier pu avoir la vie sociale décrite et se rendre notamment à [...] où il a subi le 17 juin 2011 le traumatisme crânio-cérébral.

On ne voit aucun argument, voire élément objectivement vérifiable, qui permettrait de remettre en cause l'appréciation du Dr B._____. Quant au recourant, il ne fait que souligner la divergence d'opinion existant entre les Dresses U._____ et P._____ d'une part et l'expert Dr B._____ d'autre part au sujet de l'importance des atteintes et de leurs répercussions sur la capacité de travail résiduelle. A l'étude des deux expertises psychiatriques, le point de vue des Dresses U._____ et P._____ n'est objectivement pas mieux fondé que celui du Dr B._____. L'appréciation personnelle du recourant quant à son état de santé n'a

aucune valeur médicale et ne saurait remettre en cause celle du Dr B._____, vu ce qui précède. Il s'ensuit que le recourant ne réussit pas non plus à démontrer en quoi il aurait été irréaliste d'exiger de lui la reprise d'une activité lucrative comme façadier en avril 2009, au vu de la capacité résiduelle de travail de 50% retenue par l'expert Dr B._____, suivant en cela l'avis exprimé par la psychiatre traitante, Dresse J._____, dans son rapport du 14 octobre 2009.

c) Pour contester la capacité de travail de 100% qui lui a été reconnue par l'office intimé entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 juillet 2009, le recourant se prévaut encore de la lettre adressée le 15 mai 2007 par le médecin-conseil de l'assureur perte de gain à la Dresse V._____. Il se réfère en outre à la lettre du 3 avril 2008 du Dr N._____ à cette même praticienne ainsi qu'à l'appréciation de cette dernière du 16 juin 2008.

C'est en vain que le recourant invoque ces documents médicaux à l'appui d'une prétendue capacité de travail de 50%, puisqu'aucun des trois médecins prénommés ne se déterminent sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Ils se contentent d'attester une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle exercée à cette époque, sans toutefois prendre position sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA (cf. examens médicaux des 7 août 2006 et 20 février 2007) et celle des médecins de la Clinique L._____ (cf. rapport de synthèse du 12 janvier 2007) qui avaient conclu à une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dès le 7 décembre 2006 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Dans cette mesure, les pièces médicales citées ci-avant ne sont pas propres à remettre en cause l'appréciation de l'office intimé, fondée sur le résultat de ces examens. Par ailleurs, le recourant ne saurait non plus tirer argument de l'avis exprimé le 27 février 2013 par le Prof. X._____, selon lequel le début de l'incapacité de travail totale remonterait à la date de la mise en place d'une électrode de stimulation médullaire, dont la première tentative date du 23 janvier 2009, voire à la mi-février 2009 (cf. aussi sur ce point la lettre adressée par le Prof. X._____ à l'office AI le 26 février 2010). En effet, dans ses lettres du 5

mars 2009 et du 26 juin suivant, le Prof. X._____ s'était prononcé en faveur d'une capacité de travail de 50%. Il s'ensuit que l'on ne peut retenir la date d'implantation de l'électrode comme début d'une prétendue incapacité totale de travail. Pour défendre sa position, il n'est ainsi pas suffisant de juxtaposer différents avis médicaux, car en procédant de la sorte, le recourant n'explique pas en quoi le point de vue des médecins prénommés serait objectivement mieux fondé que celui du médecin d'arrondissement de la CNA ou de ceux de la Clinique L._____ ou justifierait - au travers des éléments qu'ils mettraient en évidence - la mise en oeuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une surexpertise. Quant à l'expertise du Dr T._____, détaillée et bien motivée, qui remplit tous les critères pour lui conférer pleine valeur probante, il ne la discute pas.

d) Sur le vu de ce qui précède, on constate que le recourant n'oppose aucun argument décisif propre à remettre en cause l'appréciation de l'office intimé, concluant à la pleine valeur probante des rapports d'expertise des Drs B._____ et T._____. Il ne mentionne pas non plus de défaut évident dont ceux-ci seraient entachés. En affirmant que l'avis de ses médecins traitants aurait dû prévaloir sur celui des experts, il méconnaît la jurisprudence constante sur les rôles divergents de ces deux catégories de médecins en vertu de leurs rôles respectifs (cf. notamment ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 3.3 et la référence).

e) Arguant ensuite de l'épuisement de son droit aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain au 27 janvier 2010, le recourant plaide en faveur de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à titre de revenu de substitution pour la période courant du 1^{er} février 2009 au 31 août 2011.

On rappellera qu'en droit suisse (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 871/05 du 31 octobre 2006 consid. 5), l'invalidité est une notion économique et non médicale; les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur

la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 310 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). Par ailleurs, un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente ou à une rente plus élevée (ATF 123 V 88 consid. 4c ; 113 V 22 consid. 4a; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], ad art. 28 LAI, p. 221). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références) et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

En d'autres termes, le fait que le recourant bénéficie d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain ne signifie pas encore qu'il est invalide au sens de la LAI et encore moins qu'il peut prétendre, dès la fin du versement des dites indemnités, l'octroi d'une rente entière de l'AI en vue de remédier à l'absence de revenu. Par cette argumentation, le recourant se méprend sur le sens et la portée de la réglementation applicable en matière de rente de l'assurance-invalidité. Pour le surplus, on relèvera que le médecin-conseil avait suggéré à l'assureur perte de gain l'octroi d'indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 50% (cf. ses lettres des 19 mars 2007 et 15 mai 2007 à ce dernier). On ignore si par la suite ce taux a été augmenté. Partant, ce moyen est à l'évidence mal fondé.

5. Sous l'angle économique, l'assuré ne soulève aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité tel qu'arrêté par l'office AI. Il conteste en revanche le taux d'abattement de 10% appliqué sur le salaire d'invalide et considère que son état de santé justifie un abattement de 20%.

a) Selon la jurisprudence, 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2). Le revenu ainsi déterminé par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique.

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 8C_1/2014 du 5 mars 2014 consid. 2.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer

sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

b) Il sied de considérer que le taux de 10% retenu par l'office intimé tient suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce. Un abattement plus élevé n'est pas indiqué, en raison de l'âge de l'assuré encore relativement jeune, du fait qu'il se trouve au bénéfice d'un permis d'établissement et qu'il a travaillé en Suisse pendant une vingtaine d'années, dont près de la moitié au service du même employeur nonobstant ses difficultés linguistiques et une socialisation restreinte. Le recourant, qui ne remet pas sérieusement en cause cette argumentation, n'apporte aucun élément qui permettrait de constater que l'administration aurait commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation. On notera que le taux d'abattement de 10% tient compte des limitations fonctionnelles, lesquelles ont également été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail et du fait que l'assuré ne peut plus exercer, à tout le moins depuis le printemps 2009, une activité à temps plein.

6. Le recourant sollicite encore la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, sous la forme d'une expertise médicale et de l'audition de témoins.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

En l'espèce, les pièces au dossier, notamment les rapports de la Clinique L._____ et des Drs B._____ et T._____, permettent de statuer en pleine connaissance de cause. Ils sont en outre suffisamment probants. En conséquence, l'expertise requise par le recourant ne se justifie pas, étant encore précisé dans ce contexte que l'écoulement du temps n'altère pas à lui seul la valeur probante d'une expertise (cf. TF 9C_351/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.2). De même, l'audition de témoins se révèle superflue, puisqu'elle ne conduirait pas à modifier la conviction du Tribunal et ne serait par conséquent pas de nature à influencer sur l'issue de la présente cause. Pour le surplus, le recourant ne fournit aucune indication, en particulier quant au nom et qualité des personnes qu'il souhaite faire entendre comme témoins, si bien que l'on ne saurait dans ces conditions faire droit à sa requête.

7. a) En définitive, il apparaît que la décision rendue par l'intimé le 4 avril 2014 ne prête pas le flanc à la critique tant en ce qui concerne l'évaluation médicale que s'agissant du calcul du préjudice économique subi. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA [Tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 10 TFJDA).

**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 4 avril 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Georges Reymond, avocat (pour K. _____),
- 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).

Le greffier :